

## 実務経験証明書

証明日 令和 年 月 日

一般社団法人 宮城県知的障害者福祉協会 会長 殿

〒 -

所在地

法人等団体名

代表者職氏名  
(法人又は施設・事業所等)

印

担当者氏名

連絡先電話番号

以下の者の実務経験は、記載のとおりであることを証明します。

ふりがな			生年月日						
氏名		昭和	年	月	日				
		平成							
勤務している (していた) 施設又は事業所	名称								
	所在地	〒 -							
	実務経験一覧表における業務の区分等 ※実務経験一覧表を参照								
	別表の種類	業務の区分※該当するものに○	記号	事業・施設等の種類					
【別表1】	相談支援の業務【第1号】		( )						
	直接支援の業務【第2号、3号】								
	国家資格に係る業務【第4号】	資格名を記入 ⇒	国家資格名						
業務内容	職名	具体的 業務内容							
業務従事期間	昭和	年	月	日	～	昭和	年	月	日
	平成					平成			
	令和					令和			
	【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、休職等の業務に従事していない期間がある場合、その期間と理由を下欄に記載してください。】 例:令和元年1月1日～令和元年3月31日 療養休暇								
	従事年数	年	か月	※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入してください。	従事日数	日	※休日、有給休暇等を除き、実際に業務に従事した日数を記載してください。		

※別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」を参照の上、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。同法人内の事業所であっても、複数の事業所分をまとめて証明した場合は無効となります。

※事業所印(法人印)による訂正印がなく訂正された場合、本証明書は無効となります。

※受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の証明書は無効となります。

**【重要】**証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」、別表1「実務経験一覧表」、も証明発行担当者に渡してください。

## 記入例1

## 実務経験証明書

証明日 令和 8 年 ● 月 ● 日

一般社団法人 宮城県知的障害者福祉協会 会長 殿

〒 987 - 6543  
所在地 仙台市〇〇区××1-2-3

法人等団体名 社会福祉法人□□□会

代表者職氏名 (法人又は施設・事業所等) 代表 田中 太郎

担当者氏名 田中 次郎

連絡先電話番号 022-123-4567

印 印

以下の者の実務経験は、記載のとおりであることを証明します。

ふりがな	いし たろう			生年月日			
氏名	意思 太郎			昭和	1 年 2 月 3 日		
				○ 平成			
勤務している (していた) 施設又は事業所	名称	特別養護老人ホーム■■■園					
	所在地	〒 987 - 6543 仙台市〇〇区××1-2-3					
	実務経験一覧表における業務の区分等 ※実務経験一覧表を参照						
	別表の種類	業務の区分※該当するものに○	記号	事業・施設等の種類			
【別表1】	○	相談支援の業務【第1号】	ア	老人福祉施設			
	○	直接支援の業務【第2号、3号】		( 特別養護老人ホーム )			
		国家資格に係る業務【第4号】	資格名を記入 ⇒	国家資格名			
業務内容	職名	生活支援員	具体的 業務内容	利用者への入浴、排せつ、食事の介助や、その他日常生活における必要な支援			
業務従事期間	昭和	31 年 4 月 1 日 ~			昭和	4 年 10 月 10 日	
	○ 平成				平成		
	令和				○ 令和		
【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、退職等の業務に従事していない期間がある場合、その期間と理由を下欄に記載してください。】例:令和元年1月1日~令和元年3月31日 療養休暇							
	従事年数	3 年 7 か月	※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入してください。	従事日数	645 日	※休日、有給休暇等を除き、実際に業務に従事した日数を記載してください。	

※別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」を参照の上、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。同法人内の事業所であっても、複数の事業所分をまとめて証明した場合は無効となります。

※事業所印(法人印)による訂正印がなく訂正された場合、本証明書は無効となります。

※受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の証明書は無効となります。

【重要】証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」、別表1「実務経験一覧表」、も証明発行担当者に渡してください。

## 記入例2

## 実務経験証明書

証明日 令和 8 年 ● 月 ● 日

一般社団法人 宮城県知的障害者福祉協会 会長 殿

〒 987 - 6543

所在地 仙台市〇〇区××1-2-3

法人等団体名 医療法人〇〇〇〇会

代表者職氏名 (法人又は施設・事業所等) 代表 田中 太郎

印 印

担当者氏名 田中 次郎

連絡先電話番号 022-123-4567

以下の者の実務経験は、記載のとおりであることを証明します。

ふりがな	せんもん はなこ			生年月日			
氏名	専門 花子			昭和	1 年 2 月 3 日		
				○ 平成			
勤務している (していた) 施設又は事業所	名称	■■■病院					
	所在地	〒 987 - 6543 仙台市〇〇区××1-2-3					
	実務経験一覧表における業務の区分等 ※実務経験一覧表を参照						
	別表の種類	業務の区分※該当するものに○	記号	事業・施設等の種類			
【別表1】		相談支援の業務【第1号】		病院			
		直接支援の業務【第2号、3号】		( )			
	○	国家資格に係る業務【第4号】	資格名を記入 ⇒	国家資格名	准看護師		
業務内容	職名	准看護師	具体的 業務内容	利用者に対する療養上必要な世話や診療補助			
業務従事期間	昭和	29 年 4 月 1 日 ~			昭和	3 年 3 月 31 日	
	○ 平成				平成		
	令和				令和		
	○ 令和				令和		
【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、退職等の業務に従事していない期間がある場合、その期間と理由を下欄に記載してください。】例:令和元年1月1日~令和元年3月31日 療養休暇							
令和元年10月1日~令和2年9月31日 育児休暇							
従事年数	3 年 か月	※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入してください。		従事日数	720 日	※休日、有給休暇等を除き、実際に業務に従事した日数を記載してください。	

※別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」を参照の上、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。同法人内の事業所であっても、複数の事業所分をまとめて証明した場合は無効となります。

※事業所印(法人印)による訂正印がなく訂正された場合、本証明書は無効となります。

※受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の証明書は無効となります。

【重要】証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」、別表1「実務経験一覧表」、も証明発行担当者に渡してください。