

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								
		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



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	
				〇 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	
〇		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
	〇 平成				平成	
	令和				〇 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	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□□□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



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											
		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												
	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。