

実務経験証明書

① 令和6年 7月 5日

香川県知事 殿

②
連絡先:

施設又は事業所の所在地及び名称	〒760-0018 高松市天神前6番地 医療法人社団 △△会
代表者職氏名	理事長 保険 太郎
担当職氏名	総務課庶務係 介護 一郎
電話番号	087-831-1111

事業所の代表者印
が必要です。医療法人
社団△△
会理事長

次の者は、以下のとおり実務経験を 有する ことを証明します。

③	氏名	介護 花子 (昭和 60年1月1日生)		
④	施設又は事業所名	介護老人保健施設せとうち		
⑤	施設又は事業所の種類	介護老人保健施設		
⑥	施設等開設年月日 (事業開始年月日)	平成12年5月1日		
⑦	職種等 (職種名)	看護師		
⑧	直接対人援助業務 従事期間	平成30年4月1日	年 月 日	年 月 日
		から	から	から
		令和6年7月5日	年 月 日	
		5年3か月	年 月 日	
		就労中		
	合計	5	年	3 か月
⑨	うち業務に従事した日数	1208	日	日
	合計	1208	日	
⑩	業務内容	看護師業務		
⑪	備考欄	【育児休業 1年0か月】 平成31年4月1日～ 令和2年3月31日		

1か月に満たない場合は切捨てで記入
してください。
従事期間計算シートを使用する場合は、
計算結果をそのまま転記してください。対象外期間がある場合は期間を
除いて合計してください。要介護者に対する対人の直接的な援助であるこ
とが明確に分かるように記載してください。従事期間中に休業を含む場合は、備考欄に記載
してください。

証明権者の方へ: この証明書を作成いただく際は、別添の注意事項をよくお読みください。

介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の31により、不正の手段によって試験を受け(又は受けようとし)た場合、合格を取り消す場合があります。また、同法第69条の39第1項第2号により、不正手段により登録を受けた者は、登録を削除する旨の規定が定められていますので留意してください。

※1か所の証明書では従事期間が資格要件に満たない場合は、要件を満たす証明書の交付(複数枚可)を受けてください。