

(見込) 証明書を提出された方は、
令和8年10月16日(金)
 までに実務経験証明書を必ず提出してください。

実務経験証明書

① 令和8年 7月 5日

香川県知事 殿

施設又は事業所の所在地及び名称	〒760-0018
	高松市番町四丁目1番10号
代表者職氏名	医療法人社団 県庁福祉会
担当職氏名	理事長 介護 愛子
電話番号	庶務課職員係 養護 次郎
	087-832-3275

事業所の代表者印
 が必要です。

医療法人社団県庁福祉会理事
 長之印

連絡先:

次の者は、以下のとおり実務経験を **有する見込みである** ことを証明します。

氏名	讃岐 福美 (昭和 46年3月3日生)		
施設又は事業所名 (介護保険事業所番号)	長寿荘 (37××××××××)	長寿 (37××××××××)	()
施設又は事業所の種類	介護老人保健施設	介護老人保健施設	
施設等開設年月日 (事業開始年月日)	平成22年12月1日	平成22年12月1日	
職種等(職種名)	介護職員(介護福祉士)	支援相談員	
直接対人援助業務従事期間	令和3年10月1日 から	令和6年9月1日 から	年 月 日 から
	令和6年8月31日	令和8年10月10日	年 月 日
	2年11か月	2年1か月	年 か月
	異動	就労中	
	合計	5 年	0 か月
うち業務に従事した日数	709 日	255 日	日
	合計	964	
業務内容	入所者の入浴・排泄・食事等の介護業務	入所者・家族からの相談対応業務	要援助者に対する対人の直接的援助であることが明確にわかるように記載してください。
備考欄	施設名の変更 長寿荘から長寿(変更年月日:令和4年4月1日)	施設等の名称変更等があった場合は、変更年月日とあわせて記入してください。	

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 かの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。