

《複数必要な場合はコピーをして使用してください。》

大阪府介護支援専門員実務研修受講試験
実務経験証明書

一般財団法人大阪府地域福祉推進財団 理事長

所在地
法人名
代表者職・氏名

印

担当者氏名
連絡先電話番号

代表者印のない
ものは無効

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

証 明 年 月 日	令和 年 月 日	証 明 内 容(※1)	見 込 ・ 確 定
受 験 者 氏 名 (※ 2)		昭和 年 月 日生 平成	
事 業 所 又 は 施 設 名	※同一法人等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設等毎に証明書を発行してください。		
事 業 所 又 は 施 設 の 所 在 地	(〒 -) ※勤務先・事業所の所在地を記入してください。		
介護保険・障害福祉サービスの事業所番号	・介護保険制度、障害者総合支援制度の指定を受けている場合のみ番号を記入してください。		
事業所又は施設のサービス種別	・法令等に基づくサービス種別を記入してください。 (例 訪問介護、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、生活介護等)		
事業開始年月日 (施設等開設年月日)	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
休 止 ・ 廃 止 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 ※既に休止・廃止している場合は、記入してください。		
業 務 期 間	昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 昭和・平成・令和 年 月 日 ・国家資格等に基づく業務は、国家資格等登録年月日以降の業務期間を記入してください。 ・育児休暇期間のある受験者は、休暇取得前と休暇取得後の期間で2枚に分けて証明書を作成してください。		
従 事 日 数	日 ※休日、休暇等を除いて、実際に実務経験の対象となる業務に従事した日数を正確に記入してください。		
職 種 名		※各法令等の人員配置基準に基づく公的な名称を記入してください。	
業 務 内 容 (該当業務の□に✓を記入) (※3)	☐ 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (別表1)		
	国家資格等名称		
	国家資格等登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	☐ 相談援助業務 (別表2)		
受験資格コード(※3)			
備 考 欄			

注意事項

受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。
団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。また、担当者氏名・連絡先も記入してください。
訂正箇所には代表者印を押印してください。(本人印は無効)

※1・上記の証明年月日以降の期間も含めて証明する場合は、「見込」を○で囲んでください。見込による実務経験証明書を提出する受験者は、証明した業務期間が経過した後、試験要領記載の期日までに改めて「確定」した実務経験証明書を提出してください。提出しない場合は、受験無効となります。

※2・証明者と受験者が同一の場合は、開業許可書等の開設年月日を証明できる書類の写しを添付してください。
・婚姻等により実務経験証明書と受験申込書の氏名が異なる場合は、戸籍抄本（原本）を添付してください。

※3・業務内容・受験資格コード番号は、第28回試験要領P12（別表1）・P13（別表2）
又は大阪府地域福祉推進財団ホームページ（<https://www.fine-osaka.jp/jigyoku/cm-test/>）を参考にしてください。

重要

提出された実務経験証明書の内容や証明者等が、虚偽であることが判明した場合は、関係機関へ報告するとともに、試験日前に判明した場合は受験を認めず、試験後に判明し、合格者となった場合は合格を取り消します。
また、記載事項の不備や確認等のために、必要に応じて証明者や事業所に照会・調査を行い、書類の追加、再提出をしていただく場合がありますので、ご了承ください。

＜証明者の方へ＞
サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの入居者に対するサービス提供に従事する方の証明は、次のとおり、提供するサービス種別により証明してください。

①外部サービスとして入居者に対する訪問介護サービスを提供
証明者：訪問介護事業所運営法人代表者 事業所又は施設名：〇〇訪問介護事業所 サービス種別：訪問介護

②（特定施設の場合）雇用する従業員が入居者に対して介護サービスを提供
証明者：サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム運営法人代表者
事業所又は施設名：サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等 サービス種別：特定施設入居者生活介護

③（特定施設ではない場合）雇用する従業員が住宅型有料老人ホームの入居者に対して介護サービスを提供
サービス種別：有料老人ホーム（事業所番号：記入不要）
※備考欄に「直接雇用」と記入し、直接雇用していることを示す書類（重要事項説明書等）の写しを添付してください。

※人材派遣の場合は、証明者は派遣会社とし、備考欄に「派遣」と記入してください。

記入例

《複数必要な場合はコピーをして使用してください。》

大阪府介護支援専門員実務研修受講試験
実務経験証明書

一般財団法人大阪府地域福祉推進財団 理事長

所在地
法人名
代表者職・氏名
大阪府大阪市中央区大手前〇-〇-〇
〇〇株式会社
代表取締役
難波花子

担当者氏名
連絡先電話番号
総務課
梅田太郎
〇 6 - 〇 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇

派遣社員の場合は、派遣元の法人代表者等が証明者となります。

問合せの際に必要なため、必ず記入してください。

実際の証明日を記入してください。

必ずどちらかに〇をしてください。裏面（※1）参照

法人等の登録印を押してください。

印

代表者印のないものは無効

証明年月日	令和 7 年 6 月 20 日	証明内容（※1）	見込・確定
受験者氏名（※2）	大阪 美咲	昭和 57 年 1 月 1 日生 平成	
事業所又は施設名	〇〇デイサービスセンター ※同一法人等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設等毎に証明書を発行してください。		
事業所又は施設の所在地	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 大阪府大阪市中央区大手前〇-〇-〇 ※勤務先・事業所の所在地を記入してください。		
事業所番号	・介護保険制度、障害者総合支援制度の指定を受けている場合のみ番号を記入してください。 2 7 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
事業所又は施設のサービス種別	・法令等に基づくサービス種別を記入してください。 (例 訪問介護、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、生活介護等) 通所介護		
事業開始年月日（施設等開設年月日）	昭和・平成・令和 20 年 10 月 1 日 証明年月日以降も見込みで証明する場合、実務経験として認められる期間は、試験日前日（10月11日）までとなります。 （※受験要件を満たす日までを記入してください。）		
休止・廃止年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
業務期間	昭和・平成・令和 4 年 5 月 1 日 ~ 昭和・平成・令和 7 年 10 月 11 日 ・国家資格等に基づく業務は、国家資格等登録年月日以降の業務期間を記入してください。 （例）国家資格等登録年月日以降の業務期間を記入してください。 （※受験要件を満たす日までを記入してください。）		
従事業務	631 日 ※休日、休暇等を除いて、実際に実務経験の対象となる業務に従事した日数を正確に記入してください。（受験者にお渡しください。）		
職種名	介護職員 ※各法令等の人員配置基準に基づき記入してください。		
業務内容（該当業務の□に✓を記入）（※3）	☒ 国家資格等に基づく直接対人援助業務（別表1） 国家資格等名称 介護福祉士 国家資格等登録年月日 昭和・平成・令和 20 年 4 月 20 日 ☐ 相談援助業務（別表2） 通所介護の生活相談員は、別表1（試験要領P12）の国家資格等に基づき当該資格に係る業務に従事する者に該当しますので、国家資格等に基づく直接対人援助業務に✓し、国家資格等名称（社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士のいずれか）と登録年月日を記入してください。		
受験資格コード（※3）	1 0 0 0 0 0		
備考欄	合併等の理由により、証明者と異なる法人の事業所又は施設を証明する場合は、理由や旧法人名、合併年月日等を詳しく備考欄に記入してください。		