



受験申込者が自書すると無効になります。

※証明された実務経験証明書に記入漏れや不備がないか、記入例を参考に確認してください。

《本様式は、両面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

必ずどちらかに○をしてください。下記※1参照

「見込」提出する場合は、受験資格に該当する実務経験確定後に「確定」した内容の実務経験証明書を
令和8年10月16日(金)必着までに提出してください。
(10ページ参照)

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。

大阪府地域福祉推進財団 理事長

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

問合せの際に必要なため、必ず記入してください。

担当者氏名 総務課 梅田太郎
連絡先電話番号 〇〇-〇〇-〇〇〇〇

実際の証明日を記入してください。

実務経験は、以下のとおりである。

証明年月日	令和 8 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 平成	
事業所又は施設名	〇〇デイサービスセンター		
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		
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	
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	
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		
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。		
	昭和・平成 令和 5 年 4 月 30 日 ~ 昭和・平成・令和 8 年 10 月 10 日		
業務内容(該当業務の□に✓を記入)(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務(別表1)		
	<input type="checkbox"/> 相談援助		
受験資格コード(※3)	1 0		
備考欄	国家資格等に基づく業務の場合、資格登録日以前の業務期間は実務経験には含まれません。 社会福祉協議会の相談員の場合は、具体的に記入してください。 (例) 日常生活支援事業の専門員 福祉活動専門員 地域福祉活動コーディネーター		

「見込」で証明する場合、実務経験として認められる期間は、**令和8年10月10日(試験日前日)**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。)
現在の勤務先が「確定」で証明する場合、証明日又は証明日以前の日付を記入し、その期間分を証明してください。
(※証明する業務期間の終了日が未記入の場合や「現在に至る」等の記入をした場合は、再作成となります。)

廃止事業所は、事業所の開設年月日を確認できる書類(指定通知書・開設届)のコピーを提出してください。
(受験者にお渡しください。)
提出できない場合は、理由を備考欄に記入してください。

注意事項

- ※1 上記の証明年月日、業務期間が経過し、証明者と受験者が異なる場合は、証明者と受験者が同一人物であることを証明してください。
- ※2 証明者と受験者が異なる場合は、証明者と受験者が同一人物であることを証明してください。
- ※3 業務内容・受験資格コードは、別表1(試験要領P14)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。

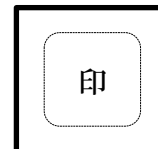
サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの入居者に対するサービス提供に従事する方の証明
(1)外部サービスとして入居者に対する訪問介護サービスを提供している場合(受験者は訪問介護事業所の職員)

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

証明者は、訪問介護事業所運営法人代表者になります。

所在地 大阪府大阪市中央区大手前〇-〇-〇
法人名 〇〇株式会社
代表者職・氏名 代表取締役 難波花子
担当者氏名 総務課 梅田太郎
連絡先電話番号 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇



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 8 年 6 月 20 日	証明内容(※1)	見込・ <input checked="" type="checkbox"/> 確定
受験者氏名(※2)	大阪 美咲	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 57年1月1日生	
事業所又は施設名	〇〇訪問介護事業所	訪問介護事業所名となります。	
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		
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	
事業所又はサービスの種別	・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)	訪問介護	
事業開始年月日(施設等開設年月日)	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 20年10月1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・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年4月1日～昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 8年6月20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。 ・育児休業期間のある受験者は、休業取得前と取得後の期間で2枚に分けて証明書を作成してください。	
従事日数	上記業務期間のうち、休日、休暇等を除いた実際に実務経験対象業務に従事した日数	➡	1120 日
職種名	訪問介護員	※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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 20年4月20日
	<input type="checkbox"/> 相談援助業務(別表2)		
受験資格コード(※3)	1 0 0 0 0 0		
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29回試験要領P14(別表1)・P15(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。(第29回)

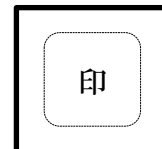
サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの入居者に対するサービス提供に従事する方の証明
(3)(特定施設でない場合)雇用する従業者が住宅型有料老人ホームの入居者に対して介護サービスを提供している場合

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

証明者は、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になります。

所在地 大阪府大阪市中央区大手前〇-〇-〇
法人名 〇〇株式会社
代表者職・氏名 代表取締役 難波花子
担当者氏名 総務課 梅田太郎
連絡先電話番号 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇



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 8 年 6 月 20 日	証明内容(※1)	見込 <input checked="" type="checkbox"/> 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	住宅型有料老人ホーム〇〇館 ※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、施設ごとに証明書を発行してください。	サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの名称となります。	
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。	事業所番号は不要です。	
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)	有料老人ホーム	
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		
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 3 年 4 月 1 日 ~ 昭和・平成・令和 8 年 6 月 20 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。 ・育児休業期間のある受験者は、休業取得前と取得後の期間で2枚に分けて証明書を作成してください。		
従事日数	上記業務期間のうち、休日、休暇等を除いた実際に実務経験対象業務に従事した日数	➡	1120 日
職種名	介護職員 ※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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 相談援助業務(別表2)		
受験資格コード(※3)	1 0 0 0 0 0		
備考欄	直接雇用 直接雇用していることを示す書類(重要事項説明書等)の写しを提出してください。		

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29回試験要領P14(別表1)・P15(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。(第29回)