

記入例

(2か所の実務経験を証明する場合)

研修受講用

実務経験（見込）証明書

群馬県知事 様

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。

訂正をする場合は、訂正箇所
に二重線を引き、訂正の上、
必ずこの印を訂正印として押印すること

記入内容について確認する場合がありますので、提出する書類は必ず控え（コピー）を取ってください。

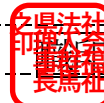
法人又は

施設・事業所の名称 社会福祉法人群馬県

所在地 群馬県前橋市大手町1-1-1

連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

代表者 職・氏名 理事長 群馬 太郎



必ず証明日を記入

証明日 平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏名	前橋 花子	生年月日	昭和 50年 3月 13日
業務従事期間 (A+B)	3年 7ヶ月 39日	業務に従事した日数 (a+b)	671 日間

内 訳

A欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 居宅介護支援事業所ぐんま		
	所在地	群馬県赤城市赤城1-1-1 <small>※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。</small>		
	事業種別	居宅介護	業務内容	居宅介護サービス利用者の居宅において、食事・入浴・排せつ介助を主とした介護業務
	業務従事期間	<small>病休等休職期間がある場合はA欄とB欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。</small> 昭和 平成 令和 23年 4月 1日 ~ 昭和 平成 令和 24年 2月 20日		業務に従事した日数 a 191 日間
	業務従事期間A	年 10ヶ月 20日		
B欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 デイサービスセンターぐんま		
	所在地	群馬県榛名町榛名3-2-1 <small>※本部・本社の住所ではなく、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。</small>		
	事業種別	生活介護	業務内容	生活介護事業所において、食事・入浴・排泄介助を主とした介護業務
	業務従事期間	<small>病休等休職期間がある場合はA欄とB欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。</small> 昭和 平成 令和 24年 6月 13日 ~ 昭和 平成 令和 27年 3月 31日		業務に従事した日数 b 480 日間
	業務従事期間B	2年 9ヶ月 19日		

休職期間除く

実務経験要件に該当する業務の内容を具体的に記入

※記入上の注意（裏面「実務経験（見込）証明書の記入上の注意」参照）

- ・実務経験証明者は、法人・施設等の証明権限を有する方（代表者、管理者、事務局長等）とします。
- ・受講申込者が自書したものは無効となります（氏名、生年月日等部分的に自書した場合も無効）。（個人開業者を除く。）
- ・記入を誤った場合は、二重線で消し、証明権限を有する方の職印「長の印」で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。

記入例

(休職期間がある場合)

研修受講用

実務経験（見込）証明書

群馬県知事 様

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。

訂正をする場合は、訂正箇所
に二重線を引き、訂正の上、
必ずこの印を訂正印として押印すること

記入内容について確認する場合がありますので、提出する書類は必ず控え（コピー）を取ってください。

法人又は

施設・事業所の名称 社会福祉法人群馬県

所在地 群馬県前橋市大手町1-1-1

連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

代表者職・氏名 理事長 群馬 太郎



必ず証明日を記入

証明日 平成・令和 〇年 〇月 〇日

氏名	前橋 花子	生年月日	昭和 平成 50年 3月 13日
業務従事期間 (A+B)	2年 0ヶ月 0日	業務に従事した日数 (a+b)	229 日間

内 訳

A 欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 相談支援センターぐんま		
	所在地	群馬県妙義村妙義1-2-3 <small>※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。</small>		
	事業種別	相談支援	業務内容	相談支援事業所において、相談支援専門員のサービス等利用計画作成の支援を行う
	業務従事期間	<small>病休等休職期間がある場合はA欄とB欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。</small> 昭和 平成 2年 4月 1日 ~ 昭和 平成 3年 3月 31日 令和		業務に従事した日数 a 100 日間

B 欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 相談支援センターぐんま		
	所在地	群馬県妙義村妙義1-2-3 <small>※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。</small>		
	事業種別	相談支援	業務内容	相談支援事業所において、相談支援専門員のサービス等利用計画作成の支援を行う
	業務従事期間	<small>病休等休職期間がある場合はA欄とB欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。</small> 昭和 平成 3年 4月 1日 ~ 昭和 平成 4年 3月 31日 令和		業務に従事した日数 b 129 日間

休職期間除く

実務経験要件に該当する業務の内容を具体的に記入

休職期間（育児・療養・介護休業など）等がある場合は、休職期間前と休職期間後を分けて記入してください。

裏面「実務経験（見込）証明書の記入上の注意」参照

法人・施設等の証明権限を有する方（代表者、管理者、**年度末（3月31日）まで算入**）したものは無効となります（氏名、生年月日等部分的に自署した書類は無効。（個人用捺印を除く。）は、二重線で消し、証明権限を有する方の職印「長の印」で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。