

実務経験証明書

※基礎研修修了後の実務経験用

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

社会福祉法人
群馬県
理事長
群馬 太郎

必ず証明日を記入

証明日 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 14日	業務に従事した 日数 (a+b)	415日間

内 訳

A 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		業務 種別	☐ 相談支援業務 ☐ 直接支援業務（無資格） ☒ 直接支援業務（有資格） 資格名：社会福祉主事任用資格
	所在地	群馬県榛名町榛名 3-2-1 ※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。			☐ 国家資格による相談・直接支援業務
	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	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。 昭和 5年 10月 18日 ~ 昭和 6年 3月 31日 令和 令和		業務従事期間A	業務に従事した日数a 0年 5ヶ月 14日 85日間
B 欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 就労継続支援B型事業所ぐんま		業務 種別	☐ 相談支援業務 ☐ 直接支援業務（無資格） ☐ 直接支援業務（有資格） 資格名： ☐ 国家資格による相談・直接支援業務 国家資格名： ☒ サービス管理責任者 ☐ 児童発達支援管理責任者
	所在地	群馬県浅間町浅間 1-2-3 ※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。			休職期間除く
	事業種別	就労継続支援B型	業務内容	就労継続支援B型事業所において、サービス管理責任者業務（みなし）	
	業務従事期間	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。 昭和 6年 4月 1日 ~ 昭和 8年 10月 19日 令和 令和		業務従事期間B	業務に従事した日数b 1年 6ヶ月 19日 330日間

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（A欄）と休職期間後（B欄）を分けて記入してください。

(見込) 証明書の記入上の注意
理事長、代表取締役等）とします。
なります（氏名、生年月日等部分的
この証明書に押印した職印で訂正令和8年10月19日（見込）まで算入可
※実務経験見込証明書で申込みをした場合、証明内容が確定した
時点で可及的速やかに実務経験証明書を提出してください。