

※証明書は、必ず今年度の様式を使用してください。

※様式は、介護労働安定センター長崎支部のホームページ（http://www.kaigo-center.or.jp/shibu/nagasaki/）からダウンロードできます。

※出来上がった証明書は、必ずコピーをとり、コピーは控えとして保管してください。

令和8年度介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

書類No. 3 - 1

介護労働安定センター長崎支部長 様

証明者

法人・施設（事業所）名
代表者の役職名及び氏名
住所
電話番号
FAX番号
記入担当者氏名

公印

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。

証明日	令和 8 年 6 月 日	※ 必ず6月中であること			
証明される者（受験者）の氏名及び生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 生		
受験対象免許・資格名		★ 免許・資格登録日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
1	①施設（事業所）種別	開設日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	②施設（事業所）名称				
	③施設（事業所）所在地				
	④業務内容 (下記の例をご参照ください)	【例】介護福祉士 → 介護福祉士としての介護業務、社会福祉士 → 社会福祉士としての相談援助業務、准看護師 → 准看護師業務、理学療法士 → 理学療法士としてのリハビリ業務、など ※資格に基づく業務内容でなければ、対象業務とはなりません。			
	⑤業務期間	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	⑥上記⑤のうち、上記④の業務に従事した日数（※休日等は除く）	日	→	※休日・休暇等で該当業務に従事しなかった日数や開設準備期間を除いた日数を記載してください。	

※証明者が同じ場合で、複数の実務経験がある場合は、以下に記載してください。

2	①施設（事業所）種別	開設日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	②施設（事業所）名称				
	③施設（事業所）所在地				
	④業務内容 (下記の例をご参照ください)	【例】介護福祉士 → 介護福祉士としての介護業務、社会福祉士 → 社会福祉士としての相談援助業務、准看護師 → 准看護師業務、理学療法士 → 理学療法士としてのリハビリ業務、など ※資格に基づく業務内容でなければ、対象業務とはなりません。			
	⑤業務期間	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	⑥上記⑤のうち、上記④の業務に従事した日数（※休日等は除く）	日	→	※休日・休暇等で該当業務に従事しなかった日数や開設準備期間を除いた日数を記載してください。	

※ 必ず証明者が記入してください。受験申込者本人が自署した証明書は無効です。

※ ご不明な点は、試験事務局（電話：095-828-6549）におたずねください。

- 受験の申し込みにあたり、虚偽、または、不正の事実が発覚した場合、関係機関に報告するとともに、試験日前であれば、受験を認めず、試験実施後においては、試験を無効とします。