

実務経験証明書（見込含む）を記入される交付担当者 様へ

「実務経験証明書（見込含む）」記入上の注意事項

本票と記入例を参照の上、証明書の作成をお願いいたします。

実務経験証明書（見込含む）を作成する際は、注意事項を確認した上で作成してください。
 ※試験案内は受験者が所持しているほか、北海道介護支援専門員協会ホームページにデータ（PDF形式）を掲載しております。様式および記入例等もダウンロードができます。

<https://www.do-kaigoshien.jp/>

※実務経験証明書の記入方法の問い合わせは下記まで連絡願います。

北海道介護支援専門員協会 ☎ 011 - 596 - 0392

実務経験証明書に記入する内容は、必ず根拠資料（介護記録・シフト表など）に基づいて証明してください。記入内容に関する書類等が保管されていないなど、受験申込者の要援護者に対する直接的な対人援助業務に従事した期間・日数が曖昧な場合は、証明書を記入・発行しないでください。

- 1 記入内容に不備（記入もれ等）がある場合は再提出となります。一度、提出された書類は返却しません。
- 2 記入を間違えた場合は、二重線で消して、余白に正しい内容を記入のうえ、訂正印（証明者の公印）を押してください。訂正印が無い証明書（修正液による修正や個人印等で訂正した場合は再提出となります。
- 3 同時期に2カ所以上の事業所で勤務していた場合は、実務経験証明書に「（様式4）従事日数内訳（見込）証明書」（P 41）を添付してください。
 ※重複する従事期間の通算はできません。勤務した日が重複する場合、従事日数は1日となります。
- 4 受験要件を「見込」で実務経験証明書を作成する場合（記載例②：P 39 参照）は、従事期間を最長で令和3年10月9日（土）（試験日前日）まで算入できます。
 受験申込時（実務経験証明書の証明日時点）に、「実務経験証明書【見込】」を作成し〔1回目〕、後日、見込期間を経過し受験要件（従事期間・従事日数等）を満たした時点で、受験者に対し、確定した内容で「実務経験証明書」を作成してください〔2回目〕。

1回目（受験申込時）	2回目（受験要件を満たした時）
・様式3-2「実務経験証明書【見込】」 ・受験要件を満たす予定の期間と日数を記入	・様式3-1「実務経験証明書」 ・受験要件が満たされた時点で確定した期間と日数を記入
提出期限：令和3年6月24日（木）消印有効	提出期限：令和3年10月28日（木）消印有効

- 5 証明内容が不明な場合等は、交付担当者に内容確認の問い合わせをすることや、書類再提出等を求めることがあります。また、**証明書の内容に疑義が発生した場合、指定試験実施機関（北海道介護支援専門員協会）が現地調査を行います。**添付する書類に誤りがないようご確認ください。
- 6 実務経験証明書の項目別注意事項

項目	記入時の注意
法人・施設・事業所等所在地及び名称 代表者職名・氏名 証明印の押印	<ul style="list-style-type: none"> ・受験申込者が勤務している（していた）施設または事業所の名称を記入してください。 ・代表者の職名、氏名を記入し、代表者の証明印を押印してください。 ※代表者の証明印：公印（職員・登記印）の押印がないものは無効。 ※個人経営等（医院、鍼灸院など）で公印がない場合は、役所等に公的書類を提出する際に使用している印鑑（個人印を含む）を使用してください。 ・訂正箇所の訂正印は、同じ印（代表者の証明印）で押印してください。 ・証明者（代表者）と受験申込者が同一の場合は、受験申込者が発行した実務経験証明書とともに本人が証明者の立場であることを客観的に証明できる書類、その他必要な書類（P13 - No. 8 参照）の写しを添付してください。
交付担当者氏名 連絡先電話番号	<ul style="list-style-type: none"> ・証明いただいた内容について確認する際の問い合わせ先として記入してください。
証明年月日	<ul style="list-style-type: none"> ・証明年月日（実務経験証明書記載日）を必ず記入してください。証明年月日以降の従事期間を証明する場合は「実務経験証明書【見込】」となります。 ※受験申込書受付開始日（5月31日）より前の証明年月日は無効
在勤時の氏名 および生年月日	<ul style="list-style-type: none"> ・受験申込者の在勤時の氏名および生年月日を記入してください。 ※証明される期間の途中で氏名の変更があった場合は新しい（直近）氏名で記入してください。

項目	記入時の注意																																																														
施設または事業所番号	<ul style="list-style-type: none"> 名称は、特別養護老人ホーム○○、○○訪問介護事業所等正式な名称を記入してください。(例:社会福祉法人△△会 特別養護老人ホーム□□)※法人名の記載のみの場合は無効 「介護保険法」、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)」又は「障害者自立支援法」に基づく指定事業所は、事業所番号も記入してください。 																																																														
施設または事業の開始年月日	<ul style="list-style-type: none"> 施設または事業所が事業を開始した年月日を記入してください。 事業所名が変更になった場合、旧事業所名だった時の開始年月日を()書で記入。(記載例④:P40参照) 廃業(閉鎖)した施設または事業所の場合は、開業日及び廃業日がわかる書類等を添付してください。(P21-問20参照) 																																																														
施設または事業所の種別	<ul style="list-style-type: none"> 種別は、介護付有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設、○○実施要綱に基づく○○事業を行う施設等、具体的に記入してください(例:老人居宅介護等事業、医療施設、行政機関、その他等) 																																																														
直接対人援助業務従事期間	<ul style="list-style-type: none"> 受験申込者との雇用契約に基づき記入してください。ただし、受験要件に該当する業務を行っていた期間に限ります。以下の期間は従事期間から除外します <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【除外となる期間の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○教育・研究・事務等の期間を行っている期間(単に資格を有しているのみでは受験できません) ○開設準備期間等 </div> <ul style="list-style-type: none"> 受験要件「見込」以外の「確定」の場合は、従事期間最終日は証明年月日より前になります。 常勤、非常勤、アルバイト等の雇用の形態については問いません。 法定資格に基づく業務(受験要件第1号に該当)の場合は、免許等の登録日以降の期間を記入してください。(例:平成22年4月1日就職、平成22年4月20日に看護師籍に登録され、看護師の業務に従事した場合⇒従事期間の始は4月20日以後の期間を記入) <p style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px;">期間は1年を365日として計算します</p> <p>※第2号要件の場合は除く。</p> <p>※()日間の従事期間の確認に『従事期間計算表』をご利用ください</p> <p style="text-align: right;">⇒(https://www.do-kaigoshien.jp/examination.html)例)H29年4月1日~H30年3月31日(365日間)</p>																																																														
上記従事期間における従事日数	<ul style="list-style-type: none"> 従事期間中、実際に受験要件に該当する要援護者に対する直接的な対人援助業務に従事した実日数を記入してください。(休日・病気・産休等で業務に従事しなかった日を除いた日数) ※非常勤従事者など1日の勤務時間が短時間(1~2時間など)でも、1日とみなします。 ※900日未満の場合は、正確な従事日数を記入してください。 ※常勤の場合など、従事日数が明らかに900日を超える場合は、記入者の責任のもと「○○日以上」の記載で良いものとします。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【除外となる日数の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○事務のみに従事した日数 ○訪問介護員が生活援助・家事援助のみに従事した日数 等 </div>																																																														
従事期間における職種業務内容	<ul style="list-style-type: none"> 法定資格名(第1号)または施設運営基準(P5別紙1の対象となる職員欄の記載の職種名)に基づく職種名(第2号)と、その業務内容を正確に記入してください。 <p>(例) 介護福祉士 として 介護 の業務に従事</p> <p>(第1号) 医師として医師の業務に従事、看護師として看護の業務に従事など(P4-第1号の法定資格)</p> <p>(第2号) 支援相談員として相談援助の業務に従事、生活相談員として相談援助の業務に従事など(P5-別紙1参照)</p> <p>※職業指導員は受験要件に該当しません。</p> <p>※管理業務のみを行なっている管理者は受験要件に該当しません(P13-No.9参照)</p>																																																														
受験資格	<ul style="list-style-type: none"> 該当する数字に○をつけてください。 ※第1号と第2号の受験要件を合算する場合は両方に○をつけてください。(記載例③:P40参照) ※「1の法定資格に基づく業務」の「法定資格名」と「登録年月日」は受験者本人に確認して記入してください。 該当する下記の資格コードを参照して、資格コードを入れてください。 <p style="text-align: center;">例) 介護福祉士 資格コード※ 2 0</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>コード</th> <th>資格名</th> <th>コード</th> <th>資格名</th> <th>コード</th> <th>資格名</th> <th>コード</th> <th>資格名</th> <th>コード</th> <th>職名・資格名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>医師</td> <td>06</td> <td>看護師</td> <td>11</td> <td>はり師</td> <td>16</td> <td>歯科衛生士</td> <td>21</td> <td>精神保健福祉士</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>歯科医師</td> <td>07</td> <td>准看護師</td> <td>12</td> <td>きゅう師</td> <td>17</td> <td>視能訓練士</td> <td rowspan="5">22</td> <td rowspan="5">相談援助従事者(第2号) ※法定資格(第1号)以外の 相談援助業務(別紙1に定めるもの)</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>薬剤師</td> <td>08</td> <td>理学療法士</td> <td>13</td> <td>栄養士(管理栄養士を含む)</td> <td>18</td> <td>柔道整復師</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>保健師</td> <td>09</td> <td>作業療法士</td> <td>14</td> <td>義肢装具士</td> <td>19</td> <td>社会福祉士</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>助産師</td> <td>10</td> <td>あん摩マッサージ指圧師</td> <td>15</td> <td>言語聴覚士</td> <td>20</td> <td>介護福祉士</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	コード	資格名	コード	資格名	コード	資格名	コード	資格名	コード	職名・資格名	01	医師	06	看護師	11	はり師	16	歯科衛生士	21	精神保健福祉士	02	歯科医師	07	准看護師	12	きゅう師	17	視能訓練士	22	相談援助従事者(第2号) ※法定資格(第1号)以外の 相談援助業務(別紙1に定めるもの)	03	薬剤師	08	理学療法士	13	栄養士(管理栄養士を含む)	18	柔道整復師	04	保健師	09	作業療法士	14	義肢装具士	19	社会福祉士	05	助産師	10	あん摩マッサージ指圧師	15	言語聴覚士	20	介護福祉士								
コード	資格名	コード	資格名	コード	資格名	コード	資格名	コード	職名・資格名																																																						
01	医師	06	看護師	11	はり師	16	歯科衛生士	21	精神保健福祉士																																																						
02	歯科医師	07	准看護師	12	きゅう師	17	視能訓練士	22	相談援助従事者(第2号) ※法定資格(第1号)以外の 相談援助業務(別紙1に定めるもの)																																																						
03	薬剤師	08	理学療法士	13	栄養士(管理栄養士を含む)	18	柔道整復師																																																								
04	保健師	09	作業療法士	14	義肢装具士	19	社会福祉士																																																								
05	助産師	10	あん摩マッサージ指圧師	15	言語聴覚士	20	介護福祉士																																																								