



1. 法人として証明する ・ 2. 事業所として証明する
(証明書の発行区分の該当する数字を○で囲んでください。)

記入日：2025年 月 日

愛媛県社会福祉協議会会長 様

法人名			法人代表者・事業所長印 又は実印
事業所名	※法人として証明する場合は記入不要です。		
法人又は事業所所在地	〒 ー		印
法人代表者又は事業所長 (役職・氏名)			
証明書作成者	所属・役職等	氏 名	
証明書作成者連絡先電話番号		() ー	

下記の者は、以下のとおり実務経験を ☐ 有する ☐ 有する見込みである ことを証明します。
※どちらかに☑

フリガナ		生年	西暦
氏 名		月 日	年 月 日 生

[実務経験内容] ※法定資格登録日以降の業務従事期間を算出すること。

①	事業所名			
	資格番号		法定資格又は職種 (該当実務経験要件)	
	直接対人援助 業務従事期間 ※どちらかに☑	☐ 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日まで ☐ 西暦 年 月 日～証明書記入日現在まで (従事期間： 年 か月 日間)		
		業務従事日数 ※上記従事期間のうち、休日・休暇・休職・研修等で従事しなかった日を除いた合計日数 日間		

②	事業所名			
	資格番号		法定資格又は職種 (該当実務経験要件)	
	直接対人援助 業務従事期間 ※どちらかに☑	☐ 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日まで ☐ 西暦 年 月 日～証明書記入日現在まで (従事期間： 年 か月 日間)		
		業務従事日数 ※上記従事期間のうち、休日・休暇・休職・研修等で従事しなかった日を除いた合計日数 日間		

③	事業所名			
	資格番号		法定資格又は職種 (該当実務経験要件)	
	直接対人援助 業務従事期間 ※どちらかに☑	☐ 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日まで ☐ 西暦 年 月 日～証明書記入日現在まで (従事期間： 年 か月 日間)		
		業務従事日数 ※上記従事期間のうち、休日・休暇・休職・研修等で従事しなかった日を除いた合計日数 日間		

計	通算 年 月 日	通算 日間
	(うち、見込期間 年 月 日)	(うち、見込日数 日間)

注 1 介護保険法第69条の39第1項第2号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を消除する旨の規定が定められているので留意してください。
2 本証明書は、法人・事業所等の証明権限を有する方が受験案内をご確認のうえ記入してください。
受験申込者が自署した場合、本証明書は無効となります(資格番号以外)。

※証明書が複数必要な場合は、コピーしてお使いください。
(証明書1枚ごとに代表者等の証明(代表者・事業所長印又は実印)が必要です。)