

令和7年度 愛媛県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

2025年 7月 3日
愛媛県社会福祉協議会会長 様

※受付番号	※措置	※受験番号

フリガナ	シャキョウ	ハナコ	生年月日	年（西暦）			月	日		
氏 名	社 協	花 子		1	9	8	1	0	4	2
現住所	〒 790 - 8553 愛媛県松山市持田町3-8-15 ○○○マンション 307号									
	自宅TEL（089）921-5140					携帯TEL（090）1234-5678				

○身体障がい等の有無（妊娠、持病等受験に際しての配慮が必要な方もご記入ください。）

身体障がい等の有無	1. 有	(2.) 無	受験に必要な配慮の有無	1. 有	(2.) 無
配慮の具体的内容					

○従事予定調査（記入日時点での予定について該当する数字に○をつけてください。）

介護支援専門員業務への従事開始時期	1. 2026年4月～	2. 2027年4月以降	(3.) 従事予定なし
-------------------	-------------	--------------	-------------

○勤務先

現勤務先	勤務状況（どちらかに○）	(1) 現在、勤務している（現勤務先等を記入の上、実務経験（見込）・在籍証明書添付） 2 現在、勤務していない（住民票添付）		
	法人名	社会福祉法人○○会	職種名	介護福祉士
	事業所名	特別養護老人ホーム△△	業務内容	特別養護老人ホームでの介護業務
	事業所所在地	〒 790 - 0001 愛媛県 松山市 一番町 4-4-2 事業所TEL（089）921-8359 事業所FAX（089）921-8939		

○受験資格に該当する法定資格（下の資格番号一覧①から該当する番号等を確認して記入してください。）

資格番号	資格名称	取得（登録）年月日
11	介護福祉士	西暦2020年 4月 1日
		西暦 年 月 日
		西暦 年 月 日

◆受験資格が法定資格以外の場合は、下の資格番号一覧②から該当する番号等を確認して記入してください。

資格番号	職種（対象事業及び施設）

○愛媛県介護支援専門員実務研修受講試験受験歴（下記の該当するすべての年度に○をつけてください。）

愛媛県における平成30年度以降の受験歴 （平成29年度以前の受験歴は、受験歴とみなされません。）	1. 平成30年度 ・ 2. 令和元年度 ・ 3. 令和2年度 4. 令和3年度 ・ 5. 令和4年度 ・ 6. 令和5年度 7. 令和6年度
---	---

○実務経験年数等（下の資格番号一覧①・②から該当する番号等を確認して記入してください。）

資格番号	勤務先等の名称	資格又は職種	従事期間 ※法定資格登録日以降の従事期間を算出	従事日数
11	◇◇訪問介護事業所	介護福祉士	西暦 2020年 4月11日～2023年 3月31日 （通算：2年11月21日）	720日間
11	特別養護老人ホーム△△	介護福祉士	西暦 2023年 4月 1日～2025年 6月20日 （通算：2年 2月20日）	548日間
			西暦 年 月 日～ 年 月 日 （通算： 年 月 日）	日間
通算の従事期間は 5年 2か月 11日間となり、合計の従事日数は 1, 268日間です。				

資格番号一覧①〔法定資格保有者の資格番号・資格名称〕

01医師 02歯科医師 03薬剤師 04保健師 05助産師 06看護師 07准看護師 08理学療法士
09作業療法士 10社会福祉士 11介護福祉士 12視能訓練士 13義肢装具士 14歯科衛生士 15言語聴覚士
16あん摩マッサージ指圧師 17はり師 18きゅう師 19柔道整復師 20栄養士（管理栄養士） 21精神保健福祉士

資格番号一覧②〔相談援助業務に従事する者の資格番号・職種（対象事業及び施設）〕

22生活相談員（特定施設入居者生活介護） 23生活相談員（地域密着型特定施設入居者生活介護）
24生活相談員（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護） 25生活相談員（介護老人福祉施設）
26支援相談員（介護老人保健施設） 27生活相談員（介護予防特定施設入居者生活介護）
28相談支援専門員（指定計画相談支援事業） 29相談支援専門員（指定障害児相談支援事業）
30主任相談支援員（生活困窮者自立相談支援事業）

（注）※の欄は記入しないでください。

令和7年度 愛媛県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

2025年 7月 3日
愛媛県社会福祉協議会会長 様

※受付番号	※措置	※受験番号

フリガナ	シャキョウ	ハナコ	生年月日	年（西暦）			月	日		
氏名	社協	花子		1	9	8	1	0	4	2
現住所	〒790 - 8553									
	愛媛県松山市持田町3-8-15 ○○○マンション 307号									
	自宅TEL（089）921-5140					携帯TEL（090）1234-5678				

○身体障がい等の有無（妊娠、持病等受験に際しての配慮が必要な方もご記入ください。）

身体障がい等の有無	1. 有	2. 無	受験に必要な配慮の有無	1. 有	2. 無
配慮の具体的内容					

○従事予定調査（記入日時点での予定について該当する数字に○をつけてください。）

介護支援専門員業務への従事開始時期	1. 2026年4月～	2. 2027年4月以降	3. 従事予定なし
-------------------	-------------	--------------	-----------

○勤務先

現勤務先	勤務状況（どちらかに○）	1. 現在、勤務している（現勤務先等を記入の上、実務経験（見込）・在籍証明書添付）		
		2. 現在、勤務していない（住民票添付）		
	法人名	社会福祉法人○○会	職種名	介護福祉士
	事業所名	特別養護老人ホーム△△	業務内容	特別養護老人ホームでの介護業務
	事業所所在地	〒790 - 0001 愛媛県 松山市 一番町 4-4-2 事業所TEL（089）921-8359 事業所FAX（089）921-8939		

○受験資格に該当する法定資格（下の資格番号一覧①から該当する番号等を確認して記入してください。）

資格番号	資格名称	取得（登録）年月日
11	介護福祉士	西暦2017年 4月 1日
		西暦 年 月 日
		西暦 年 月 日

◆受験資格が法定資格以外の場合は、下の資格番号一覧②から該当する番号等を確認して記入してください。

資格番号	職種（対象事業及び施設）

○愛媛県介護支援専門員実務研修受講試験受験歴（下記の該当するすべての年度に○をつけてください。）

愛媛県における平成30年度以降の受験歴 （平成29年度以前の受験歴は、受験歴とみなされません。）	1. 平成30年度 ・ 2. 令和元年度 ・ 3. 令和2年度
	4. 令和3年度 ・ 5. 令和4年度 ・ 6. 令和5年度
	7. 令和6年度

○実務経験年数等（下の資格番号一覧①・②から該当する番号等を確認して記入してください。）

資格番号	勤務先等の名称	資格又は職種	従事期間 ※法定資格登録日以降の従事期間を算出	従事日数
			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日 (通算: 年 月 日)	日間
			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日 (通算: 年 月 日)	日間
			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日 (通算: 年 月 日)	日間
通算の従事期間は 年 か月 日間となり、合計の従事日数は 日間です。				

資格番号一覧①[法定資格保有者の資格番号・資格名称]

01医師 02歯科医師 03薬剤師 04保健師 05助産師 06看護師 07准看護師 08理学療法士
09作業療法士 10社会福祉士 11介護福祉士 12視能訓練士 13義肢装具士 14歯科衛生士 15言語聴覚士
16あん摩マッサージ指圧師 17はり師 18きゅう師 19柔道整復師 20栄養士(管理栄養士) 21精神保健福祉士

資格番号一覧②[相談援助業務に従事する者の資格番号・職種（対象事業及び施設）]

22生活相談員（特定施設入居者生活介護） 23生活相談員（地域密着型特定施設入居者生活介護）
24生活相談員（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護） 25生活相談員（介護老人福祉施設）
26支援相談員（介護老人保健施設） 27生活相談員（介護予防特定施設入居者生活介護）
28相談支援専門員（指定計画相談支援事業） 29相談支援専門員（指定障害児相談支援事業）
30主任相談支援員（生活困窮者自立相談支援事業）

（注）※の欄は記入しないでください。

【受験申込書記入要領】

- 1 黒のボールペンを使用し、文字は楷書で丁寧に記入すること。(フリクション等の消えるインクペン不可)
- 2 ※印の欄には、記入しないこと。
- 3 「氏名」欄は、戸籍抄本等の記載どおりに記入すること。
- 4 「生年月日」欄で数字が一桁の場合には、その数字の前に「0」を入れること。
- 5 「現住所」欄は、都道府県名、市町村名、字、番地、アパート等の室番まで正確に記入すること。
後日送付する受験票に転記するので、正確に記入し受験票が郵送できないことのないように注意すること。
- 6 「身体障がい等の有無」欄は、該当する数字を○で囲むこと(記載がない場合は、「なし」とみなします)。
- 7 「受験に必要な配慮の有無」欄は、「身体障がい等の有無」欄で『1. 有』に○を付けた者に限り記入し、該当する数字を○で囲むこと(それ以外の場合は全て無効とします)。『1. 有』とする者は、別途申請書(所定の医師の診断書等)が必要になる場合があるので、事前に愛媛県社会福祉協議会まで問い合わせること。
なお、審査の結果希望に添えない場合もあるので留意すること。
- 8 「従事予定調査」欄は、記入日時点での介護支援専門員の業務に従事する予定について該当する数字を○で囲むこと。(試験合格後の実務研修日程の割り振りを決定する際の参考とします。)
- 9 「勤務状況」欄は、該当する数字を○で囲み、必要書類を添付すること。
- 10 「現勤務先」欄は、名称を省略しないで記入すること。
現在、就業していない者及び受験資格と直接関係のない業務に従事している者は、「なし」と記入すること。
- 11 「現勤務先所在地」欄は、「現住所」欄と同様に正確に記入すること。
現在、就業していない者及び受験資格と直接関係のない業務に従事している者は、「なし」と記入すること。
- 12 「受験資格に該当する法定資格」欄には、P15 の(別紙2)「1 法定資格一覧」等に掲げる法定資格のうち保有するすべての資格について、該当する資格番号(2桁数字)、資格名及び取得(登録)年月日を記入すること。また、資格・免許証をA4サイズでコピーし、添付すること。
受験資格が法定資格以外の場合は、下の欄に P15 の(別紙2)「2 相談援助業務に従事する者の範囲」の該当する資格番号(2桁数字)、職種(対象事業及び施設)を記入すること。
- 13 「愛媛県介護支援専門員実務研修受講試験受験歴」欄は、愛媛県において平成 30 年度以降に受験したことがある場合は、受験した年度すべてを○で囲むこと。平成 29 年度以前の受験歴は、「受験歴なし」となるので注意すること。
- 14 「実務経験年数等」欄
受験に必要な実務経験期間について全て記入し、以前のものから最近のものへと順次記入すること。
ただし、平成 30 年度以降に愛媛県における受験歴がある場合、本欄の記入は不要。
(1)「資格番号」欄は、P15 の別紙2に掲げる資格番号(2桁数字)から該当するものを記入すること。
(2)「勤務先等の名称、職種名、従事期間、従事日数」欄は、実務経験(見込)証明書に記載された内容と合致するものであること。
(3)「通算の従事期間」は上段に記載した従事期間(年月及び日数)を合計したものを記入すること。
注1)この欄に記入された年月及び日数が、P14「Ⅵ 受験資格」の「1 実務経験要件」に規定する期間及び従事日数以上とならなければ受験資格はないので注意すること。
注2)病気休業や育児休業などによる休職期間は、従事期間から除外すること。
注3)受験に必要な実務経験期間について、欄内にすべて記入できない場合は、別紙に記載すること。
ただし、用紙の大きさはA4サイズとすること。

令和7年度

愛媛県介護支援専門員実務研修受講試験

受 験 整 理 票

受験番号			※	
フリガナ	シャキョウ	ハナコ	生年月日	(西暦でご記入ください。) 1981年 4月20日生
氏 名	社 協	花 子		
住 所	〒 790-8553		写真添付欄 ○脱帽して上三分身正面 ○サイズ:パスポート規格 (縦4.5cm×横3.5cm) ○申込前6か月以内に撮影 ○写真の裏に氏名を記載 ○全面のりづけ ○試験中にメガネを着用する方は、メガネを着用(一時的に着脱する方を含む) ○スナップ写真及び背景がある写真は不可 ○自分で印刷した写真や切り取った写真は不可	
	愛媛県松山市持田町3-8-15			
	〇〇〇マンション 307号			
電話番号	(089) 921-5140			
携帯電話番号	(090) 1234-5678		2025年6月撮影	

振替払込受付証明書(お客さま用)

貼 付 欄

受験手数料の「振替払込受付証明書」(お客さま用)をこの枠内に全面のりづけして貼りつけてください。

※払込受付証明書が貼りつけられていないものは受理できませんので、ご注意ください。

【受験整理票記入要領】

- 1 黒のボールペンを使用し、文字は楷書で丁寧に記入すること。（フリクション等の消えるインクペン不可）
- 2 ※印の欄には、記入しないこと。
- 3 「氏名」欄は、戸籍抄本等の記載どおりに記入すること。
- 4 「生年月日」欄は、西暦で記入すること。
- 5 「住所」欄は、都道府県名、市町村名、字、番地、アパート等の室番まで正確に記入すること。
- 6 「写真添付欄」
 - （1）脱帽して上三分身正面で、パスポート規格（縦4.5cm×横3.5cm）の写真とすること。
 - （2）スナップ写真及び背景がある写真は不可。
 - （3）試験中にメガネを着用する方（一時的に着脱する方を含む）は、メガネを着用し撮影すること。
 - （4）受験申込前6か月以内に撮影した写真とし、撮影月を記入すること。
 - （5）写真の裏に氏名を記載し、全面のりづけで貼りつけること。
 - （6）写真は、証明写真機や写真スタジオ等で撮影したものを使用すること。
 - （7）自分で印刷した写真や切り取った写真は使用しないこと。※試験当日、写真で本人と確認できない場合は本人確認を行うことがあります。
- 7 「振替払込受付証明書（お客さま用）貼付欄」
 - （1）5連式振込用紙「払込取扱票」右端の「振替払込受付証明書（お客さま用）」を全面のりづけで貼りつけること。
 - （2）貼りつけられていないものは、受理できないので注意すること。



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 6月20日

愛媛県社会福祉協議会会長 様

法人名	社会福祉法人〇〇会		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	〒790-0001 愛媛県松山市一番町4-4-2		〇〇会 理事長印
法人代表者又は事業所長 (役職・氏名)	理事長 松 山 太 郎		
証 明 書 作 成 者	所 属 ・ 役 職 等	氏 名	
	総務部 主任	愛 媛 次 郎	
証明書作成者連絡先電話番号		(089) 921 - 5140	

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	シャキョウ ハナコ	生年 月 日	西暦 1981年 4月20日 生
氏 名	社 協 花 子		

[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	◇◇訪問介護事業所		
	資格番号	1	1	法定資格又は職種 (該当実務経験要件) 介護福祉士
	直接対人援助 業務従事期間 ※どちらかに○	☒ 西暦2020年 4月11日～西暦2023年 3月31日まで ☐ 西暦 年 月 日～証明書記入日現在まで (従事期間： 2年 11か月 21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		720日間

②	事業所名	特別養護老人ホーム△△		
	資格番号	1	1	法定資格又は職種 (該当実務経験要件) 介護福祉士
	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2023年 4月 1日～証明書記入日現在まで (従事期間： 2年 2か月 20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		548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 5年 2月 11日 ※合算で30日以上となる場合は、〔30日：1か月〕でカウント (うち、見込期間 0年 0月 0日)	通算 1,268日間 (うち、見込日数 0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。)

- 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 7月 1日

愛媛県社会福祉協議会会長 様

法人名	社会福祉法人〇〇会		法人代表者・ 事業所長印 又は実印 〇〇会 理事長印
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	〒790-0001 愛媛県松山市一番町4-4-2		
法人代表者又は事業所長 (役職・氏名)	理事長 松山 太郎		
証 明 書 作 成 者	所 属 ・ 役 職 等	氏 名	
	総務部 主任	愛 媛 次 郎	
証明書作成者連絡先電話番号		(089) 921 - 5140	

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	シャキョウ ハナコ	生年 月 日	西暦 1981年 4月20日 生
氏 名	社 協 花 子		

[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	特別養護老人ホーム△△		
	資格番号	1	1	法定資格又は職種 (該当実務経験要件) 介護福祉士
	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2023年 4月 1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
	※合算で30日以上となる場合は、〔30日：1か月〕でカウント (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。)

【記入例：受験歴なし】
※見込みの場合

令和7年度 実務経験（見込）・在籍証明書

【法人・事業所記入】

捨印

※証明印と同じものを押印

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 7月 1日

愛媛県社会福祉協議会会長 様

法人名	社会福祉法人〇〇会		法人代表者・ 事業所長印 又は実印 〇〇会 理事長印
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	〒790-0001 愛媛県松山市一番町4-4-2		
法人代表者又は事業所長 (役職・氏名)	理事長 松 山 太 郎		
証 明 書 作 成 者	所 属 ・ 役 職 等	氏 名	
	総務部 主任	愛 媛 次 郎	
証明書作成者連絡先電話番号		(089) 921 - 5140	

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	シャキョウ ハナコ	生年 月 日	西暦 1981年 4月20日 生
氏 名	社 協 花 子		

〔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	◇◇訪問介護事業所		
	資格番号	1	1	法定資格又は職種 (該当実務経験要件) 介護福祉士
	直接対人援助 業務従事期間 ※どちらかに○	☒ 西暦2020年 9月11日～西暦2023年 3月31日まで ☐ 西暦 年 月 日～証明書記入日現在まで (従事期間： 2年 6か月 21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		520日間

②	事業所名	特別養護老人ホーム△△		
	資格番号	1	1	法定資格又は職種 (該当実務経験要件) 介護福祉士
	直接対人援助 業務従事期間 ※どちらかに○	☒ 西暦2023年 4月 1日～西暦2025年10月11日まで ☐ 西暦 年 月 日～証明書記入日現在まで (従事期間： 2年 6か月 11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		468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 5年 1月 2日 ※合算で30日以上となる場合は、〔30日：1か月〕でカウント (うち、見込期間 0年 3月 11日)	通算 988日間 (うち、見込日数 60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。)

【実務経験（見込）・在籍証明書記入要領】

（ 証明書発行時点で受験に必要な実務経験期間がある者は実務経験証明書として提出し、証明書発行後から試験日前日までの間に受験に必要な実務経験期間を得る者は実務経験見込証明書として提出すること。（実務経験要件の期間は、試験日前日までの期間を算入できます。） ）

- 1 右上の「年月日」欄は、法人又は事業所が証明した年月日を必ず記入すること。
- 2 「法人名」欄は必ず記入し、事業所として証明する場合は「事業所名」も記入すること。
- 3 「法人又は事業所所在地」欄は、証明する法人又は事業所どちらかの所在地を正確に記入すること。
- 4 「法人代表者又は事業所長」欄は、役職名及び氏名を記入し、使用する印は代表者等の印とすること。個人印の場合は実印を使用すること。
※証明内容を訂正した場合は、上記で使用した印を押印すること。（修正液等による訂正不可）
- 5 「証明書作成者」欄は、実際に記入する者の所属・役職等及び氏名を記入すること。
- 6 証明書の発行日において、実務経験を「有する」又は「有する見込みである」のいずれか該当する方を☑すること。
- 7 「氏名」欄は、証明を受けようとする者の氏名及び生年月日を記入すること。
※婚姻等により、現在の氏名と異なる場合は勤務当時の氏名を記載すること。
- 8 「事業所名」欄は、勤務している（していた）事業所名を正確に記入すること。
- 9 「資格番号」欄は、P15 の別紙2で該当する番号を記入すること。ただし、施設・事業所で判別できない場合は、受験者が記入の上、法人又は事業所の証明を受けること。
- 10 「法定資格又は職種」欄は、P15 の別紙2で該当する実務経験要件の法定資格又は職種を記載すること。
- 11 「直接対人援助業務従事期間」欄は、証明を受けようとする者が受験資格要件に該当する業務として要介護者等に対する直接的な援助を行っていた期間のうち、本来業務として従事した期間を記入すること。
※育児休業や病気休業等による休職期間は従事期間から除外すること。
※育児休業や病気休業等の一時休職の期間は、従事期間に含まれないため、前後の従事期間は、それぞれ欄を分けて記入すること。
- 12 「業務従事日数」欄は、従事期間内において実際に業務に従事した実日数を記入のこと。（休日、休暇、休職、研修等で当該業務に従事しなかった日は除くこと。）
※1日の勤務時間が短い場合でも1日勤務したこととみなすこと。
- 13 「計」欄に、証明する法人又は事業所における全ての従事期間及び日数を合計したものを記入すること。（合計日数が30日を超える場合は、30日を1か月としてカウントすること。）そのうち、見込みの期間及び日数がある場合は、括弧内に記入すること。
- 14 書類提出後、軽微な間違い（従事期間の計算ミス、従事日数の計算ミス等）について、電話等での訂正を希望する場合は、代表者による捺印の押印を行うこと。

【その他注意事項】

- 1 受験申込書の「実務経験年数等」欄に記入した全ての期間について、証明書が必要。
※平成30年度以降に愛媛県での受験歴がある場合は、現在勤務している事業所の証明書のみ添付のこと。
- 2 複数の法人又は事業所の実務経験を通算する必要がある場合、それぞれの法人又は事業所ごとに証明書が必要。
※勤務先等の変更により複数の法人又は事業所の証明書が必要な場合は、様式をコピーして使用すること。その場合、すべてに代表者等の証明が必要。
※同一法人又は事業所の場合は1枚の証明書にまとめて記入しても差し支えないものとする。ただし、実務経験内容が4つ以上あり証明書2枚以上となる場合は、すべてに代表者等の証明が必要。
- 3 証明者と本人が同一の場合には、本人が発行した証明書に併せて、開業許可書、認可書、届出書、業務委託契約書等の客観的に証明できる書類の写しを添付すること。ただし、社会福祉士、介護福祉士のようにその業務を行うにあたり許可、認可、届出制がなく、これらの証明書類を提出できない場合には、定期的（月次、年次）報告書や業務日誌も証明書類として取り扱うことができる。
※薬局開設許可証のように、一定期間おきに許可証が更新されるため、当初の開設年月日が確認できず実務経験（見込）証明書に記載された業務期間を十分証明できない場合は、内容に相違ない旨を第三者（薬剤師会等）から証明してもらう必要がある。具体的には、実務経験（見込）証明書の下余白に「記載に相違ありません。」との記述と薬剤師会会長（又は支部長）の氏名及び押印があるものを提出すること。
- 4 施設、事業所等の廃業及び統廃合等により、実務経験の証明ができない場合については、原則として、実務経験期間として算定できない。ただし、給与明細書、雇用契約書等により、実務経験の有無が確認できる場合があるので、別途相談すること。
- 5 ボランティア等の公的サービス以外のサービスを行う団体において介護等の業務を行っている者については、証明書に併せて、当該団体概要及び市区町村ボランティアセンター等に登録されている団体についてはその旨を確認できる書類を添付すること。
- 6 実務経験見込証明書を提出して受験した者は、令和7年10月17日（金）（当日消印有効）までに実務経験証明書を提出することとし、提出がない場合、受験は無効となるので注意すること。