

令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験
実務経験証明書

令和 年 月 日

公益財団法人東京都福祉保健財団 理事長 様

所在地
法人等団体名
代表者職・氏名



担当者氏名
連絡先電話番号

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。

フリガナ		生年月日	
受験者氏名		昭和・平成 年 月 日生	
施設または事業所	名称		
	所在地	(〒 -) (本部・本社の所在地ではなく、勤務先・事業所の所在地を記入してください。)	
	種別	介護保険・障害福祉サービス事業所番号 	
	施設等開設年月日 (事業開始年月日)	昭和・平成・令和 年 月 日 (許可・認可・承認・指定等を受けた日、事業開始の届出を行った日を記入してください。)	
国家資格等	受験資格コード		
職種名	※各職場の通称ではなく、各法令等の人員配置基準に基づく公的な名称を記入してください。		
業務内容	<input type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (受験資格コード101～120が対象) (該当業務の□に✓を記入してください) <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (受験資格コード201～209が対象)		
直接対人援助業務 従事期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 昭和・平成・令和 年 月 日 ※業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。 〔 年 月 〕 (1か月未満切捨て。病休・育休期間を除く。)		
上記のうち業務に 従事した日数	日 (休日、休暇、病気、休職等で業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください。)		
備考欄			

(注) ○ **受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。** 団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。
○ 各欄の記入にあたっては、令和7年度受験要項 P36～37 を参照してください。
○ 国家資格等及び受験資格コードは令和7年度受験要項 P10～P11 (別表1 又は別表2) 又は当財団 HP を参照の上記入してください。
○ 業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。
○ 業務については、要援護者に対する直接的な対人援助業務が、当該資格の本来業務として明確に位置づけられていることが必要です。国家資格等を有していても、要援護者に対する直接的な対人援助業務でない教育業務、研究業務、営業、事務等を行っている期間は実務経験には含まれません。
(非該当の例: 社会福祉士が行う介護業務(介護職員)、訪問介護員の生活援助のみのサービス提供、栄養士が行う献立作成と調理 等)
※不正の手段によって当該試験を受け、又は受けようとした場合、合格決定を取り消し、又は受験することを禁止することがあります(介護保険法第69条の31)。又、上記により合格を取り消された場合、介護支援専門員の登録は取り消されます(同法第69条の6第1項第4号)。

実務経験証明書記入例

《この様式は、東京都福祉保健財団ケアマネジャー専用サイトからダウンロードできます。または、このページをコピーして使用してください。》
 ※実務経験（見込）証明書は、受験する年度の様式で提出をお願いします。

令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

実際の証明日を記入してください

令和7年6月25日

問い合わせの際に必要なため、全ての項目に記入してください。

人東京都福祉保健財団 理事長 様

**派遣社員の場合
は、派遣元の法人
代表者等が証明者
となります。**

所在地 東京都千代田区千代田3-4-5
 法人等団体名 神楽河岸介護株式会社
 代表者職・氏名 代表取締役 人材 二郎
 担当者氏名 総務課人事係 介護 京子
 連絡先電話番号 03-0000-0000

受験者氏名：
 名称：
 所在地：
 受験者の勤務当時の内容で記入してください

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。

フリガナ	フクシ ミヤコ		生年月日	
受験者氏名	福祉 都子		昭和・平成 52年 10月 17日生	
施設または事業所	名称	飯田橋ヘルパーステーション		
	所在地	(〒100-0000) (本部・本社の所在地ではなく、勤務先・事業所の所在地を記入してください。) 東京都千代田区千代田3-4-5		
	種別	指定訪問介護	介護保険・障害福祉サービス事業所番号 137000000000	
	施設等開設年月日 (事業開始年月日)	昭和・平成 令和 12年 4月 1日 (許可・認可・承認・指定等を受けた日、事業開始の届出を行った日を記入してください。)		
国家資格等	介護福祉士	受験資格コード	1 1 1	
職種名	訪問介護員	※各職場の通称ではなく、各法令等の人員配置基準に基		
業務内容	<input checked="" type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (受験資格コード 201~209が対象) <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (受験資格コード 201~209が対象)		100番台はP10(別表1)、200番台(別表2)はP11を参考に記入してください。	
直接対人援助業務 従事期間	昭和・平成 令和 2年 4月 1日 ~ 昭和・平成 令和 7年 6月 25日 ※業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。 [5年 2月] (1か月未満切捨て。病休・育休期間を除く。)			
上記のうち業務に従事した日数	1,060日 (休日、休暇、病気、退職等で業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください。)			
備考欄	国家資格等に基づく業務の場合は、資格の登録日以降を記入してください。登録日以前の経験は無効となります。			

事業所番号：
 介護保険法又は障害者総合支援法に基づく事業の場合のみ記入してください。

- (注) ○**受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。** 団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。
 ○各欄の記入にあたっては、令和7年度受験要項 P36~37 を参照してください。
 ○国家資格等及び受験資格コードは令和7年度受験要項 P10~P11(別表1又は別表2)又は当財団 HP を参照の上記入してください。
 ○業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。
 ○業務については、要援護者に対する直接的な対人援助業務が、当該資格の本来業務として明確に位置づけられていることが必要です。国家資格等を有しているも、要援護者に対する直接的な対人援助業務でない教育業務、研究業務、営業、事務等を行っている期間には実務経験には含まれません。
 (非該当の例: 社会福祉士が行う介護業務(介護職員)、訪問介護員の生活援助のみのサービス提供、栄養士が行う献立作成と調理 等)

※不正の手段によって当該試験を受け、又は受けようとした場合、合格決定を取り消し、又は受験することを禁止することがあります(介護保険法第69条の31)。又、上記により合格を取り消された場合、介護支援専門員の登録は取り消されます(同法第69条の6第1項第4号)。

受験申込者が自書すると無効になります。