≪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**

　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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（該当業務の□に✓を記入してください） | □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）□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※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。 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 ～ 昭和・平成・令和　　年　　月　　日〔　　　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）。**



現勤務先の場合は、最長で証明日までの期間となります。

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。

実際の証明日を記入してください。

**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。

**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。

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。

受験申込者が自書すると無効になります。

問い合わせの際に必要となるため、全ての項目に記入してください。

**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。**