様式４

**※整理番号**

この欄には記入しないでください

証明書が複数枚必要な方は、本様式をコピーして使用してください。

**実務経験証明書**

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 法 人 等 | 所在地  名称  代表者  （職名・氏名） | 〒 | 職印 |
| 証明書作成者 | 所属役職等・氏名 | 認印 |
|  |  |

※施設・事業所等の長が証明できるのは、証明権限のある者（法人の理事長等）から証明権限が委任されている場合に限ります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。** | 証明日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 証明区分 | 確定済 ・ 見込 |
| 現在の勤務状況 | | | | 勤務中 ・ 退職又は受験対象外業務に従事 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和  平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 氏名 |  | 業務従事年月(**Ａ**＋**B**) | |  | | 年 |  | | ヶ月 |
| うち実従事日数(a＋b) | |  | | | | | 日間 |

内　訳（勤務の旧い順にA欄から記載してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ａ  欄 | 施設・事業所  名　称 |  | | | | | | | | | | | | | **介護保険・障害福祉サービス事業所番号** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 施設･事業所の種別【別表３】 | | | | | |  |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 業 務 内 容 | □ 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (法定資格コード01～21) | | | | | | | | | | | | | | | | 法定資格コード【別表１】 | | | | |  |  |
| □ 相談援助業務 (相談援助業務に従事する者(業務コード201～209) | | | | | | | | | | | | | | | | 業務コード【別表２】 | | | |  |  |  |
| 国家資格等 |  | | | | | | | | | | | | | | **資格登録(免許交付)年月日** | | | | | | | | |
| 昭和･平成･令和 | | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 直接対人業務  従事期間 | 昭和  平成  令和 |  |  |  |  |  |  | 昭和  平成  令和 |  |  |  |  |  |  | 年月**Ａ** | | 1ヶ月未満切り捨て  育休・病休等は含めない | | |  | 年 |  | ヶ月 |
|  | 年 |  | 月 |  | 日～ |  | 年 |  | 月 |  | 日 | うち実従事日数 a | | | | |  | | | 日間 |
| 従事期間のうち  休業等の期間 | ①産前産後休暇 | | | | 昭和･平成･令和 | | |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ～ | 昭和･平成･令和 | | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ②育休・病休等 | | | | 昭和･平成･令和 | | |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ～ | 昭和･平成･令和 | | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｂ  欄 | 施設・事業所  名　称 |  | | | | | | | | | | | | | **介護保険・障害福祉サービス事業所番号** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 施設･事業所の種別【別表３】 | | | | | |  |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 業 務 内 容 | □ 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (法定資格コード01～21) | | | | | | | | | | | | | | | | 法定資格コード【別表１】 | | | | |  |  |
| □ 相談援助業務 (相談援助業務に従事する者(業務コード201～209) | | | | | | | | | | | | | | | | 業務コード【別表２】 | | | |  |  |  |
| 国家資格等 |  | | | | | | | | | | | | | | **資格登録(免許交付)年月日** | | | | | | | | |
| 昭和･平成･令和 | | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 直接対人業務  従事期間 | 昭和  平成  令和 |  |  |  |  |  |  | 昭和  平成  令和 |  |  |  |  |  |  | 年月**B** | | 1ヶ月未満切り捨て  育休・病休等は含めない | | |  | 年 |  | ヶ月 |
|  | 年 |  | 月 |  | 日～ |  | 年 |  | 月 |  | 日 | うち実従事日数 ｂ | | | | |  | | | 日間 |
| 従事期間のうち  休業等の期間 | ①産前産後休暇 | | | | 昭和･平成･令和 | | |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ～ | 昭和･平成･令和 | | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ②育休・病休等 | | | | 昭和･平成･令和 | | |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ～ | 昭和･平成･令和 | | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |
| --- |
| **（注）業務内容欄の記入方法**  ・法定資格に基づく業務の場合　→　法定資格コード（業務コード）【別表１】を右づめで記入  ・別に定める【別表２】相談援助業務の場合　→　相談援助業務の業務コード【別表２】を記入 |

・証明区分を「見込」として提出する場合は、受験要件を満たす**最短の見込従事期間**を記載してください（受験要件より長い従事期間を見込む必要はありません）

・記載を誤った場合は、二重線で消し、必ず**証明権限を有する方の職印「長の印」**で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。

**実務経験証明書の記載要領**

※ 証明書が複数枚必要なときは、本様式をコピーしてください。

県社協ホームページ(http://www.fukushiniigata.or.jp/)にもWord形式で掲載しています。

※ 受験申込者は、証明書の作成を事業者等に依頼するに当たり、下記の留意事項等を十分説明してください。

|  |
| --- |
| 証明権限を有する代表者（法人の理事長等）に関する留意事項 |
| 実務経験証明書の記載内容に不備がある場合は、受験申込書を受理できませんので、下記に十分注意して作成してください。  １ 実務経験証明書は、**証明権限を有する者（法人の理事長など。権限が委任されている場合は受任者である施設長など）が発行した証明書**であることが必要です。  ２ 記載内容を訂正する場合は、必ず**証明権限を有する者の印で訂正**してください。修正液で訂正したものは、実務経験証明書として無効となりますので注意してください。  ３ 実務経験証明書の内容を受験申込者が転記しますので、封筒に厳封しないでください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入欄 | 記入要領 |
| ① | 「法人等の所在地･名称･代表者」 | ・代表者氏名に職名を付し、職印（代表者印）を押印してください。 |
| ② | 「証明書作成者職･氏名」 | ・実務経験証明書を作成した者の職・氏名を記入してください。 |
| ③ | 「証明日」 | ・実務経験証明書の発行日を記入してください。 |
| ④ | 「証明区分」 | ・実務経験を証明する日以降に見込まれる勤務期間を含めて証明する場合は、「見込」を「○」で囲んでください。 |
| ⑤ | 「現在の勤務状況」 | ・いずれかを「○」で囲んでください。 |
| ⑥ | 「氏名」 | ・証明を受ける者の勤務当時の氏名を記入してください。  ※改姓により申込書と証明書の氏名が異なるときは、戸籍抄本(原本)が必要です。 |
| ⑦ | 「施設・事業所名称」 | ・特別養護老人ホーム〇〇苑、老人デイサービスセンター○○園など、正式な名称を記入してください。  ・同一法人において、2ヶ所以上の事業所等に勤務した場合や従事する業務が変わった場合については、A、B欄に旧い順からそれぞれ記入してください。  ・「介護保険・障害福祉サービス事業所番号(10桁)」及び「施設・事業所の種別(【別表３】勤務先種別コード)」を記入してください。 |
| ⑧ | 「職種名」 | ・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 |
| ⑨ | 「業務内容」  「国家資格等」 | ・証明を受ける者が従事している、又は従事していた業務のいずれかに✓を記入し、14～17ページの【別表1】又は【別表2】の業務コードを記入してください。  ・上記「業務内容」で国家資格等に基づく直接的援助業務を✓した方はその「名称」と「資格登録(免許交付)年月日」を記入してください。 |
| ⑩ | 「直接対人業務従事期間」 | ・証明を受ける者が、要援護者に対する直接的な対人援助業務を行っていた期間を記入してください。  　※直接的な対人援助ではない業務（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。  ・常勤、非常勤、パート等の勤務形態は問いません。  ＜留意事項＞  ①業務従事期間の終期は、証明に係る業務を離れた日を記載してください。  ②現在も引き続き証明に係る業務に従事している場合は、従事期間の終期は証明日としてください。  ③産前産後休暇は業務従事期間に含むことができますが、育児休業、病気休業等は含めることができません。  ※これらの休業期間は、「従事期間のうち休業等の期間」欄に記入してください。  ④証明区分を「見込」として提出する場合は、受験要件を満たす最短の見込業務従事期間を記載してください。  ※見込みでの実務経験が認められる期間は、令和６年１０月１２日(土)までです。  ※「見込」証明書として提出する受験者は、１０月３１日（木）までに実務経験証明書（証明区分「確定済」）を改めて簡易書留にて提出してください。  ⑤法定資格に基づく業務については、法定資格登録（免許）証に記載された資格登録(免許交付)日以降の｢従事期間｣及び｢実従事日数｣を記載してください。   |  | | --- | | 【例】平成16年4月1日に就職(一般病棟で看護補助業務に従事）  　　　　　↓  平成18年4月18日に看護師免許交付（看護師業務に従事）  ※ この場合、平成18年4月18日以降の従事期間及び実従事日数を記載してください。 | |
| ⑪ | 「うち実従事日数」 | ・就業期間内において実際に業務に従事した日数(休日、休暇、病気、研修、休職等で業務に従事しなかった日数を除いた日数)を記載してください。  ＜留意事項＞  ① ｢実従事日数」の日換算は、１日の勤務時間が短い場合であっても１日勤務したものと見なします。勤務表等に基づいた実際の勤務日数を記載してください。  ②１日に２カ所で業務に従事した場合でも、従事日数は1日となります。 |
| ⑫ | 「従事期間のうち休業等の期間」 | ・産前産後休暇又は育児休業、病気休業等による休業期間がある場合に記入してください。 |