

実務経験証明書・実務経験申告書 よくある書き間違い例

	書き間違い及び不十分な例	留 意 点
施設(事業)等種類について	実務経験証明書の施設(事業)等種類欄に「通所介護」と記入。	実務経験証明書の施設(事業)等種類欄には「指定通所介護を行う施設」とご記入ください。 相談援助業務の実務経験として認められる施設種類は別添付の相談援助実務の区分一覧表に記載されている名称の通りとなります。
	所属する事業所が介護付有料老人ホームなので、実務経験証明書の施設(事業)等種類欄に「介護付有料老人ホーム」と記入。	実務経験証明書の施設(事業)等種類欄には「指定特定施設入居者生活介護を行う施設」とご記入ください。 相談援助業務の実務経験として認められる施設種類は別添付の相談援助実務の区分一覧表に記載されている名称の通りとなります。
	所属する事業所が就労移行支援と就労継続支援の両事業を行っているのので、実務経験証明書の施設(事業)等種類欄に「就労移行支援を行う施設・就労継続支援を行う施設」と記入。	実務経験証明書の施設(事業)等種類欄には主たる業務を行っている施設の名称をご記入ください。 例え、1つの施設で複数の施設(事業)等種類を有するような場合でも、1つのみご記入ください。
職種について	実務経験証明書の職種欄は「生活相談員」、実務経験申告書の職種欄は「生活指導員」と記入。	実務経験証明書と実務経験申告書の記載内容は、一致する必要がありますので統一してください。
	介護老人保健施設で、支援相談員と相談指導員を兼務しているので、実務経験証明書及び申告書の職種欄に「支援相談員・相談指導員」と記入。	実務経験証明書及び申告書の職種欄には主たる業務を行っている職種の名称をご記入ください。 2つの職種の記載では、受付できません。
	管理的業務にも従事しているので、実務経験証明書及び申告書の職種欄に「管理者・生活相談員」と記入。	実務経験証明書及び申告書の職種欄には「生活相談員」とご記入ください。 相談援助業務の実務経験として認められる職種は別添付の相談援助実務の区分一覧表に記載されている名称の通りとなります。
	老人介護支援センター(在宅介護支援センター)で相談援助を行っていたので、実務経験証明書及び申告書の職種欄に「相談援助業務」と記入。	実務経験証明書及び申告書の職種欄には「相談援助業務を行っている職員」とご記入ください。 相談援助業務の実務経験として認められる職種は別添付の相談援助実務の区分一覧表に記載されている名称の通りとなります。
	地域包括支援センターで、主任介護支援専門員として勤務しているので、実務経験証明書及び申告書の職種欄に「主任介護支援専門員」と記入。	実務経験証明書及び申告書の職種欄には「包括的支援事業に係る業務を行う職員」とご記入ください。 相談援助業務の実務経験として認められる職種は別添付の相談援助実務の区分一覧表に記載されている名称の通りとなります。
その他	所属した事業が、精神障害者地域生活支援センターから地域活動支援センターに変更になり、両方の実務を合算しないと実務経験を満たさないが、実務経験証明書の施設(事業)等種類欄には、地域活動支援センターのみ記入。	両方の実務を合算しないと実務経験を満たさないのであれば、 実務経験証明書は2枚に分ける必要があります。
	実務経験証明書に間違った内容を記入したので、訂正のため出願者本人の印を押印。	「実務経験証明書」の訂正は、証明権限を有する代表者の公印を押印してください。 「実務経験申告書」の訂正は、出願者本人の印を押印してください。
	社会福祉協議会が運営する施設等の職員なので、市(区)町村社会福祉協議会職員用の実務経験証明書に記入。	社会福祉協議会が運営する施設等に勤務する職員の方は、「施設・機関職員用の実務経験証明書」にご記入ください。

～施設・機関職員用（ケアマネ・その他）様式（P48）を使用される皆様へ～

下記の注意事項をご確認ください。また、作成手順につきましては、各様式の裏面をご覧ください

施設・機関職員用 （ケアマネ・その他）		実務経験証明書		※受付番号
日本こども福祉専門学校長 殿				
フリガナ	ニホン	フクオ	生年月日（□に✓印）	
氏名	日本 福男		<input checked="" type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H	48年5月1日生 (満 47 歳)
下記コード以外の施設・機関職員	施設・事業所・機関の名称	ニフィス生活介護 事業所		
	施設（事業）等種類	生活介護を行う施設	コード	
	職種	生活支援員	1 2 7 1	
(1)、(2)いずれかにご記入ください。（□に✓印） (1) 上記の者は□S・ <input checked="" type="checkbox"/> H・□R20年4月1日から当施設・機関において相談援助業務として勤務している（令和3年4月25日まで勤務する見込である）ことを証明します。 (2) 上記の者は□S・ <input type="checkbox"/> H・□R□年□月□日から□S □H・□R□年□月□日まで当施設・機関において相談援助業務として勤務していたことを証明します。				
施設・事業所・機関の名称		「相談援助実務の区分一覧表」記載の該当するコードをそのままご記入ください。		

「相談援助実務の区分一覧表」記載の該当する施設種類名をそのままご記入ください。
施設名が記入されたものや施設種類名が省略されたものは証明書として扱えません。

正しい例：「指定通所介護を行う施設」
「共同生活援助を行う施設」等
誤りの例：「○×△園」、「老健」、「通所介護」等

「相談援助実務の区分一覧表」記載の該当する職種名をそのままご記入ください。
施設独自の呼び名や職種名が省略されたものは証明書として扱えません。

正しい例：「生活支援員」
「相談援助業務を行っている職員」等
誤りの例：「支援員」、「相談業務」等

職種の兼務について

福祉に関する相談援助の業務以外の職種を兼務している場合は、相談援助の業務以外の職種を兼務している事実が辞令によって明確であって、その主たる業務が福祉に関する相談援助の業務である方が対象となります。

実務経験証明書の「職種」及び「コード」欄の記入については、以下のようになります。

例) 指定通所介護を行う施設の「生活相談員 兼 介護職員」の場合
「職種」欄は、「生活相談員」と主たる業務である職種を記入してください。
「コード」欄は、「2011」と主たる業務であるコードを記入してください。

日本こども福祉専門学校長 殿

フリガナ	生年月日 (□に✓印)
氏名	□S・□H □年□月□日生 (満 歳)

○この実務経験証明書を証明権限を有する代表者(理事長、施設長等)に作成してもらった時は、この証明用紙と「相談援助実務の区分一覧表」を見せて証明してもらってください。
また、申込者本人が施設長の場合は理事長の証明が必要です。

下記コード以外の施設・機関職員

施設・事業所・機関の名称			
施設(事業)等種類			コード
職種			

(1)、(2)いずれかにご記入ください。(□に✓印)
 (1)上記の者は□S・□H・□R□年□月□日から当施設・機関において相談援助業務として勤務している(令和3年4月25日まで勤務する見込である)ことを証明します。
 (2)上記の者は□S・□H・□R□年□月□日から□S・□H・□R□年□月□日まで当施設・機関において相談援助業務として勤務していたことを証明します。

介護支援専門員用

施設・事業所・機関の名称			
施設(事業)等種類 (□に✓印)	職種	コード	
<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 (指定地域密着型介護老人福祉施設を含む)	介護支援専門員 (配置基準により配置されている資格保有者に限る)	1	012
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	介護支援専門員 (配置基準により配置されている資格保有者に限る)	1	022
<input type="checkbox"/> 介護医療院	介護支援専門員 (配置基準により配置されている資格保有者に限る)	1	611
<input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設	介護支援専門員 (配置基準により配置されている資格保有者に限る)	1	031
<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護を行う施設 (指定介護予防小規模多機能型居宅介護を行う施設を含む)	介護支援専門員 (配置基準により配置されている資格保有者に限る)	2	151
<input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護を行う施設 (指定介護予防認知症対応型共同生活介護を行う施設を含む)	介護支援専門員 (配置基準により配置されている資格保有者に限る)	2	171
<input type="checkbox"/> 指定複合型サービスを行う施設	介護支援専門員 (配置基準により配置されている資格保有者に限る)	2	791
<input type="checkbox"/> 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行う施設	介護支援専門員 (配置基準により配置されている資格保有者に限る)	2	192
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業を行っている事業所	介護支援専門員 (配置基準により配置されている資格保有者に限る)	2	201

(1)、(2)いずれかにご記入ください。(□に✓印)
 (1)上記の者は□S・□H・□R□年□月□日から当施設・機関において介護支援専門員として勤務している(令和3年4月25日まで勤務する見込である)ことを証明します。
 (2)上記の者は□S・□H・□R□年□月□日から□S・□H・□R□年□月□日まで当施設・機関において介護支援専門員として勤務していたことを証明します。

※業務従事期間の計算方法
 福祉に関する相談援助の業務に従事した期間は、当該施設又は事業所と雇用関係を有し常勤(労働時間が当該施設の常勤者のおおむね4分の3以上である者を含む。)で従事した期間を通算して計算するものとする。

証明日	令和	年	月	日
所在地	_____			
法人名	_____			
病院・施設・機関名	_____			
代表電話番号	_____			
病院・施設・機関代表者名	_____			公印
所属部署名	担当者名	_____		直通電話番号 _____

*本証明書の記載につきまして、裏面に注意事項がございます。その他ご不明な点がございましたら、本校通信教育部(0120-211-294)までお問い合わせください。

実務経験証明書施設・機関職員(ケアマネ・その他)用記入例

- ① 相談援助実務の証明及び申告は、入学資格要件または実習免除のために必要な年数分だけでよく、職歴全ての施設・機関の証明は必要ありません。また、実務経験証明書と実務経験申告書の内容は記載内容を必ず全て一致させてください。尚、申告書の記入についてはP53をご確認ください。
- ② 実務経験証明書は1施設・1職種・1期間ごとに1枚作成し、複数にまたがる場合は白紙状態の証明書原紙を必要分コピーして作成してください。
- ③ 証明する施設・機関側が全て記入してください。 ※ 本人が記入した場合は無効となります。
- ④ 見込の場合は「実務経験証明書(見込)」と加筆したものに証明を受け提出してください。この場合、令和3年4月30日(金)までに再度見込でないものの証明書を提出していただきます。その際、白紙状態の証明書原紙をコピーしたものに再度証明を受けてください。
- ⑤ 実務経験証明書は2種類あります。介護支援専門員の方や福祉施設・機関の職員の方はP48のものを、医療機関や市区町村の社会福祉協議会の職員の方はP50のものをご利用ください。
- ⑥ 介護支援専門員の方は介護支援専門員登録年月日以前、介護保険法が施行される以前(平成12年3月31日以前)、その施設種別が法的に認可される以前の期間等を記入した場合は証明内容が無効となりますのでご注意ください。※「登録」年月日については、最初に介護支援専門員として登録された年月日のことを指します。「更新」年月日ではありませんので、ご注意ください。

⑦ その他社会福祉施設・機関の職員の方は「施設(事業)等種類」欄、「職種」欄、「コード」欄に別冊「相談援助実務の区分一覧表」の中で該当する施設種類名、職種名、コードをそのままご記入ください。なお、障害者総合支援法移行により、途中で施設種別名称が変わっている場合は、それぞれの施設種別名・実務期間で2枚作成してください。

施設・機関職員用 (ケアマネ・その他)		実務経験証明書		※受付番号	
日本こども福祉専門学校 校長 殿					
フリガナ	ニホン フクオ	生年月日 (□に✓印)			
氏名	日本 福男	☑S・□H	18	5	11
(満 47 歳)					
施設・事業所・機関の名称		ニフィス生活介護 事業所			
施設(事業)等種類	生活介護を行う施設	コード			
職種	生活支援員	1	2	7	1
(1)、(2)いずれかにご記入ください。(□に✓印)					
(1)上記の者は□S・□H・□R□年□月□日から当施設・機関において相談援助業務として勤務している(令和3年4月25日まで勤務する見込である)ことを証明します。					
(2)上記の者は□S・□H・□R□年□月□日から□S・□H・□R□年□月□日まで当施設・機関において相談援助業務として勤務していたことを証明します。					
施設・事業所・機関の名称					
施設(事業)等種類 (□に✓印)	職種	コード			
<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 (指定地域密着型介護老人福祉施設を含む)	介護支援専門員	1 0 2	2		
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	介護支援専門員	1 0 2	2		
<input type="checkbox"/> 介護医療院	介護支援専門員	1 6	1		
<input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設	介護支援専門員	1 0 3	1		
<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護を行う施設 (指定介護予防小規模多機能型居宅介護を行う施設を含む)	介護支援専門員	2 1	5 1		
<input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護を行う施設 (指定介護予防認知症対応型共同生活介護を行う施設を含む)	介護支援専門員	2 1	7 1		
<input type="checkbox"/> 指定複合型サービスをを行う施設	介護支援専門員	2 7	9 1		
<input type="checkbox"/> 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行う施設	介護支援専門員	2 1	9 2		
<input type="checkbox"/> 寄宅介護支援事業を行っている事業所	介護支援専門員	2 2	0 1		
(1)、(2)いずれかにご記入ください。(□に✓印)					
(1)上記の者は□S・□H・□R□年□月□日から当施設・機関において介護支援専門員として勤務している(令和3年4月25日まで勤務する見込である)ことを証明します。					
(2)上記の者は□S・□H・□R□年□月□日から□S・□H・□R□年□月□日まで当施設・機関において介護支援専門員として勤務していたことを証明します。					
※業務従事期間の計算方法 福祉に関する相談援助の業務に従事した期間は、当該施設又は事業所と雇用関係をもたない労働(労働時間が当該施設の常勤者のおおむね1/3以上である者を含む)に従事した期間を通算して計算するものとする。					
証明日	令和 2 年 12 月 1 日				
所在地	新潟県新潟市西区横尾1000-1				
法人名	社会福祉法人日本海福祉会				
病院・施設・機関名	ニフィス生活介護事業所				
代表電話番号	025-××△-△××				
病院・施設・機関代表者名	理事長 井口 福士				公印
所属部署名	事務局	担当者名	小林		直通電話番号 025-××△-△××
※本証明書の記載につきまして、裏面に注意事項がございます。その他不明な点がございましたら、本課通信教育部 0120-211-2940 までお問い合わせください。					

- ⑧ 「証明日」、「所在地」、「法人名」、「施設・機関名」、「代表電話番号」、「施設・機関代表者名」をすべてご記入ください。
- ⑨ 証明印は、必ず公印(証明権限を有する代表者(理事長、施設長、センター長、所長等)の職印)を押印してください。押印の無いものは無効となります。
- ⑩ 実際に、この証明書を記入・作成した方は、「所属部署名」、「担当者名」、「直通電話番号」を必ずすべてご記入ください。

- ⑪ ※欄は、記入しないでください。
- ⑫ 記載事項を訂正する場合は、必ず公印で訂正してください。修正液で修正したものは証明書として無効となります。
- ⑬ 記載されていた実務経験・職種などが事実と異なった場合は本課程を修了しても国家試験の受験資格が得られなかったり、資格取得後でも資格を剥奪されることがありますので十分注意してください。

○この実務経験証明書を証明権限を有する代表者(理事長、施設長等)に作成してもらった時は、この証明用紙と「相談援助実務の区分一覧表」を見せて証明してもらってください。
また、申込者本人が施設長の場合は理事長の証明が必要です。

日本こども福祉専門学校長 殿

フリガナ	生年月日 (□に✓印)		
氏 名	□S・□H	□□年□□月□□日生	(満 歳)

医療機関職員用	医療機関の名称			
	医療機関種類 (□に✓印)	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 診療所	コード
	職 種	1 5 2		

(1)、(2)いずれかにご記入ください。(□に✓印)
 (1) 上記の者は□S・□H・□R □□年□□月□□日から当医療機関において、上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務している(令和3年4月25日まで勤務する見込である)ことを証明します。
 (2) 上記の者は□S・□H・□R □□年□□月□□日から□S・□H・□R □□年□□月□□日まで、当医療機関において、上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務していたことを証明します。

※社協が運営する施設等職員の場合は、施設・機関職員用を使用してください。

市(区)町村社会福祉協議会職員用	社会福祉協議会の名称			
	施設(事業)等種類	市(区)町村社会福祉協議会		コード
	職 種	2 6 3		

(1)、(2)いずれかにご記入ください。(□に✓印)
 (1) 上記の者は□S・□H・□R □□年□□月□□日から当社会福祉協議会において、上記内容の相談援助業務を行う職員として勤務している(令和3年4月25日まで勤務する見込である)ことを証明します。
 (2) 上記の者は□S・□H・□R □□年□□月□□日から□S・□H・□R □□年□□月□□日まで、当社会福祉協議会において、上記内容の相談援助業務を行う職員として勤務していたことを証明します。

※業務従事期間の計算方法
 福祉に関する相談援助の業務に従事した期間は、当該施設又は事業所と雇用関係を有し常勤(労働時間が当該施設の常勤者のおおむね4分の3以上である者を含む。)で従事した期間を通算して計算するものとする。

証明日	令和	年	月	日
所在地	_____			
法人名	_____			
病院・施設・機関名	_____			
代表電話番号	_____			
病院・施設・機関代表者名	_____			公印
所属部署名	担当者名	直通電話番号		

※本証明書の記載につきまして、裏面に注意事項がございます。その他ご不明な点がございましたら、本校通信教育部(0120-211-294)までお問い合わせください。

実務経験証明書(医療機関職員用・市(区)町村社会福祉協議会職員用)記入例

- ①相談援助実務の証明及び申告は、入学資格要件または実習免除のために必要な年数分だけでよく、職歴全ての施設・機関の証明は必要ありません。また、実務経験証明書と実務経験申告書の内容は記載内容を必ず全て一致させてください。尚、申告書の記入についてはP53をご確認ください。
- ②実務経験証明書は1施設・1職種・1期間ごとに1枚作成し、複数にまたがる場合は白紙状態の証明書原紙を必要分コピーして作成してください。
- ③証明する施設・機関側が全て記入してください。 ※本人が記入した場合は無効となります。
- ④見込の場合は「実務経験証明書(見込)」と加筆したものに証明を受け提出してください。この場合、令和3年4月30日(金)までに再度見込でないものの証明書を提出していただきます。その際、白紙状態の証明書原紙をコピーしたものに再度証明を受けてください。
- ⑤実務経験証明書は2種類あります。介護支援専門員の方や福祉施設・機関の職員の方はP48のものを、医療機関や市区町村の社会福祉協議会の職員の方はP50のものをご利用ください。

⑥社会福祉協議会の職員の方は「職種」欄に「福祉活動専門員」か「相談援助業務を行っている職員」のいずれかをご記入し、該当するコードを別冊「相談援助実務の区分一覧表」を参照し、そのままご記入ください。なお、社会福祉協議会が運営する高齢者施設、障害者施設についてはP48の証明書となります。

医療機関職員用 市(区)町村社会福祉協議会職員用 実務経験証明書 (個票)		※受付番号
日本こども福祉専門学校 校長 殿		
フリガナ	トウキョウ フク タロウ	生年月日 (□に✓印)
氏名	東京 福太郎	<input checked="" type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H 56年14月10日生 (満39歳)
医療機関名称		
医療機関種類 (□に✓印)	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所	コード
職種		1 5 2
<small>(1)、(2)いずれかにご記入ください。(□に✓印) (1)上記の者は□S・<input type="checkbox"/>H・<input type="checkbox"/>R □年□月□日から当医療機関において、上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務している(令和3年4月25日まで勤務する見込である)ことを証明します。 (2)上記の者は□S・<input type="checkbox"/>H・<input type="checkbox"/>R □年□月□日から□S・<input type="checkbox"/>H・<input type="checkbox"/>R □年□月□日まで、当医療機関において、上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務していたことを証明します。 ※社協が運営する施設等職員の場合は、施設・機関職員用を使用してください。</small>		
社会福祉協議会の名称	横尾市社会福祉協議会	
施設(事業)等種類	市(区)町村社会福祉協議会	コード
職種	相談援助業務を行っている職員	2 6 3 2
<small>(1)、(2)いずれかにご記入ください。(□に✓印) (1)上記の者は□S・<input checked="" type="checkbox"/>H・<input type="checkbox"/>R □年□月□日から当社会福祉協議会において、上記内容の相談援助業務を行う職員として勤務している(令和3年4月25日まで勤務する見込である)ことを証明します。 (2)上記の者は□S・<input type="checkbox"/>H・<input type="checkbox"/>R □年□月□日から□S・<input type="checkbox"/>H・<input type="checkbox"/>R □年□月□日まで、当社会福祉協議会において、上記内容の相談援助業務を行う職員として勤務していたことを証明します。 ※業務従事期間の計算方法 福祉に関する相談援助の業務に従事した期間は、当該施設又は事業所と雇用関係を有し常勤(労働時間が当該施設の常勤者のおおむね4分の3以上である者を含む。)に従事した期間を通常して計算するものとする。</small>		
証明日	令和2年12月1日	
所在地	新潟県横尾市横尾1丁目1-1	
法人名	社会福祉法人 横尾市社会福祉協議会	
病院・施設・機関名	横尾市社会福祉協議会	
代表電話番号	025-0000-XXXX	
病院・施設・機関代表者名	理事長 通信 福夫	[公印]
所属部署名	本部事務局	担当者名 山田 直通電話番号 025-0000-XXXX

- ⑦「証明日」、「所在地」、「法人名」、「施設・機関名」、「代表電話番号」、「施設・機関代表者名」をすべてご記入ください。
- ⑧証明印は、必ず公印(証明権限を有する代表者(理事長、施設長、センター長、所長等)の職印)を押印してください。押印の無いものは無効となります。
- ⑨実際に、この証明書を記入・作成した方は、「所属部署名」、「担当者名」、「直通電話番号」を必ずすべてご記入ください。

- ⑩※欄は、記入しないでください。
- ⑪記載事項を訂正する場合は、必ず公印で訂正してください。修正液で修正したものは証明書として無効となります。
- ⑫記載されていた実務経験・職種などが事実と異なった場合は本課程を修了しても国家試験の受験資格が得られなかったり、資格取得後でも資格を剥奪されることがありますので十分注意してください。