

**実務経験等証明書**

令和 年 月 日

事業所名

所在地

代表者名

印

(電話番号)

受付日	No

次の者は、以下のとおり**介護の実務経験**を有することを証明します。

フリガナ		
受験者氏名		(昭和・平成 年 月 日生)
実務経験1	施設又は事業所名	
	介護職として従事している部門 (チェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム(地域密着型を含む) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設、介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 通所介護、通所リハビリ(地域密着型・認知症対応型を含む) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護(夜間対応型を含む) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	従事期間	年 月 日①～令和3年7月31日 まで見込み ( 年 か月)
除外期間	除外理由	<input type="checkbox"/> 産休・育休・休職 <input type="checkbox"/> 神戸市外施設勤務 <input type="checkbox"/> 対象外事業所に勤務 <input type="checkbox"/> 介護職以外に従事
	除外期間	年 月 日②～ 年 月 日①の前日) まで ( 年 か月)
実務経験2	施設又は事業所名	
	介護職として従事していた部門 (チェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム(地域密着型を含む) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設、介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 通所介護、通所リハビリ(地域密着型・認知症対応型を含む) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護(夜間対応型を含む) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	従事期間	年 月 日～ 年 月 日①または②の前日) まで ( 年 か月)
受験者に期待すること		

- (注) 1. 神戸市高齢者介護士認定試験受験用として太枠内を記入の上、事業所代表者が証明してください。  
 2. 法人内の異動等により経験が2カ所にまたがる場合は、実務経験2もご記入ください。ただし、2つの期間は継続していること。  
 3. 休職、法人内の異動等により除外期間がある場合、除外期間をご記入のうえ、除外前の期間を実務経験2にご記入ください。ただし、3つの期間は継続していること。  
 4. 実務経験が3つ以上になる時は、この用紙をコピーし使用してください。  
 5. 受験者に期待することは、事業所責任者として感じていることを記載して下さい。  
 6. 不実または錯誤した内容の記載をした場合は、受験及び認定を取り消すことがあります。