**北九州市介護保険会計年度任用職員採用試験（令和７年度任用分）における**

記載例

**実　務　経　験　証　明　書**

|  |  |
| --- | --- |
| **北九州市長　　殿** |  |
|  |
| **法人等団体名** | 株式会社 ●● |
| **代表者職・氏名**  必ずご記載下さい。 | 代表取締役 ▲▲　■■  株式会社  ●●  代表印 |
| **所在地** | 北九州市門司区○○町１－１－１ |
|  |
| **記載担当者氏名** | △△　△△  必ずご記載下さい。 |
| **連絡先電話番号** | ０９3 － 111 －1111 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **標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 ７年２月２５日** | | |
| **ふりがな** | きたきゅう　みずき | | | | 生　年　月　日 | | | | |
| **氏名** | **北九　みずき** | | | | 昭和　・　平成　　５２年　　１月　　　１日生 | | | | |
| **勤務先施設**  **又は**  **事業所の名称** | 北九州■■センター  「介護保険」「障害者福祉」サービス事業所以外は記載不要です | | | | | | | | |
| **※　同一法人等であっても勤務先施設・事業所が異なる場合は、施設等毎に証明書を発行してください。** | | | | | | | | |
| **勤務先施設**  **又は事業所の所在地** | 〒800-＊＊＊＊ | | | | | | | | |
| 北九州市門司区○○町１－１－１ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **※　法人(本部等)所在地ではなく、実際に実務に従事している（又はしていた）事業所等の所在地を記載してください。** | | | | | | | | |
| **勤務先施設**  **又は**  **事業所の種別** | 小規模多機能型居宅介護 | | | **介護保険・障害者福祉サービス事業所番号** | | | | 4070＊＊＊＊＊＊ | |
| **職種名** | 介護職員 | | **法定資格名** | **１．職種名と同じ**  **２．（介護福祉士　）** | | | | **資格**  **登録日** | H31年  4月3日 |
| **主な業務内容**  **（該当業務の□に1点のみレ印を付**  **してください。）** | **要援護者に対する直接的な対人援助である、**  **■心身の状況に応じた介護業務**　　　　□**相談援助に係る業務**　　　　□**看護、准看護に係る業務**  □**診療等に係る業務**　　□**機能訓練に係る業務**　　□**施術等に係る業務**  不明な場合、資格登録証等に記載の登録日をご確認下さい  □**その他（　具体的に　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | | |
| **※　要援護者に対する対人の直接的な援助ではない研究業務、事務業務等を行っているような期間は実務経験期間に含まれません。** | | | | | | | | |
| **該当業務**  **従事期間** | **昭和　・　平成　・　令和　　　１年　　　１０月　　１日から** | | | | | **従事**  **期間**  **通算** | | **５年　０ヶ月　　　０日**  従事期間の終了日が、証明日を超える場合は、従事見込期間としてご記載下さい。 | |
| **昭和　・　平成　・　令和　　　６年　　９月　　３０日まで** | | | | |
| ※　雇用期間ではなく、実際に該当業務に従事された期間を記載してください。  ※　法定資格に基づく業務の場合、資格登録日以降が従事期間となります。  ※　病気休暇・育児休暇（産前産後休暇は含む。）・介護休暇等休職期間は除きます。  ※　見込の場合、期間の終了日の最長は、令和７年３月３１日（採用日前日）です。 | | | | | | | | |
| **該当業務に**  **従事した日数** | **1050日** | 左記に　「●●日以上」と記載しても差支えありませんが、その場合、「●●日」を確定した従事日数として判断します。 | | | | | | | |
| **備考** |  | | | | | | | | |
| ※　派遣勤務の方、休職期間のある方、事業所が廃業している方、法人名・事業所名が途中で変更した方、個人印を職印として使用している方等は、こちらに詳細を記載してください。 | | | | | | | | |

**★注意事項★必ず記載例をよく読んで御記載ください。**

**・　受験申込者本人が作成した証明書は無効とします。必ず団体・法人等の証明権限を有する方が記載してください。**

**・　実務経験証明書の提出が無い場合は、介護保険会計年度任用職員として採用されないことがありますので、御注意ください。**

**・　印欄を除いて、PC等を用いて作成することも可能です。**