

## 介護業務実務経験証明書

ふりがな	〇〇〇	〇〇〇	生 年 月 日
氏 名	(姓) 〇 〇	(名) 〇 〇	大正 昭和 平成 **年**月**日
勤 務 内 容	事 業 所 名	ヘルパーステーション〇〇〇(施設名)	
	事業等の種類	訪問介護事業所	
	従事する業務	訪問介護	
従事期間(実務経験証明書作成日又は退職した日までの従事期間)	昭和 平成 **年**月**日～	昭和 平成 **年**月**日	
	(従事期間 〇年 〇か月)	365 日以上	
上記の従事期間の勤務形態	常勤 ・ 非常勤		
	実勤務日数	〇〇〇日	
	特記事項(特別な勤務形態の内容) 「週3日勤務」等		

事業等の種類が実習施設に含まれる実習科目が免除対象となる。  
※全ての実習科目が免除となるわけではありません。

180 日以上

上記の者の実務経験は、以上のとおりであることを証明します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

証明日  
※閉講日までに証明を受けること。

所 在 地 広島市〇〇区〇〇\*\*-\*\*

事業者名 社会福祉法人 〇〇〇

電話番号 \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*

法人名または施設名

代表者職氏名 理事長 〇〇〇〇 印

確認すること。

注1 証明書の内容を訂正することは認められない。

注2 代表者の印は代表者の職印、施設印、法人印等を押印すること。私印は認められない。

注3 「事業等の種類」欄には、訪問介護事業所・通所介護事業所・介護老人福祉施設等を記載すること。

注4 「従事する業務」欄には、訪問介護・施設介護・看護業務等を記載すること。

注5 「上記の従事期間の勤務形態」の実勤務日数欄には、1日の時間数を問わず、勤務した日数を記載すること。また、特別な勤務形態である場合は、特記事項欄に記載すること。

参考様式 2

介護員養成研修 介護職員初任者研修 科目免除対象者一覧表

(指定研修番号\*\*\*\*\*)(事業者名 株式会社 ○○ )

受講番号	氏 名	免除資格 (免除するものに○をつけること)	免除科目 内 容
****	○○ ○○	①1年以上の実務経験者(介護従事日数180日以上) ②3級課程修了者 ③介護アテンドサービス士(向上コース) ④介護アテンドサービス士(短期課程) ⑤家庭看護法ホームヘルパーコース修了者 ⑥健康生活支援講習指導員養成講習修了者 ⑦居宅介護職員初任者研修修了者	
****	○○ ○○	①1年以上の実務経験者(介護従事日数180日以上) ②3級課程修了者 ③介護アテンドサービス士(向上コース) ④介護アテンドサービス士(短期課程) ⑤家庭看護法ホームヘルパーコース修了者 ⑥健康生活支援講習指導員養成講習修了者 ⑦居宅介護職員初任者研修修了者	
****	○○ ○○	①1年以上の実務経験者(介護従事日数180日以上) ②3級課程修了者 ③介護アテンドサービス士(向上コース) ④介護アテンドサービス士(短期課程) ⑤家庭看護法ホームヘルパーコース修了者 ⑥健康生活支援講習指導員養成講習修了者 ⑦居宅介護職員初任者研修修了者	
		<div> <p>《参照》要領第6 科目免除に関する事項(要綱第9条)</p> <p>◆対象者の申し出により、一部の科目を免除することができる。            ※必ず免除しなければいけないわけではない。</p> <p>◆科目免除を行うか否かは学則において定めること。            ※事業者は学則に定めたとおりに免除を実施。</p> <p>◆研修区分により免除科目が異なるので注意</p> </div>	
		⑦居宅介護職員初任者研修修了者	
		①1年以上の実務経験者(介護従事日数180日以上) ②3級課程修了者 ③介護アテンドサービス士(向上コース) ④介護アテンドサービス士(短期課程) ⑤家庭看護法ホームヘルパーコース修了者 ⑥健康生活支援講習指導員養成講習修了者 ⑦居宅介護職員初任者研修修了者	

注 修了者の免除資格を証明する書類すべてについて整理しておくこと。

※出席の確認は担当講師が行い、欠席は「×」、免除対象の科目には「／」と記載すること。

参考様式 4

実習日誌	事業者名	株式会社    〇〇〇
	研修名称	〇〇介護職員初任者研修
	受講番号	*****
	氏    名	〇〇   〇〇
実習年月日及び時間数	平成〇〇年   〇月〇〇日   8時間（   9；00～18:00）	
実    習    科    目	介護実習	
実習施設・事業所名	特別養護老人ホーム   〇〇〇	
実習内容		
感想・考察等		
質問等		
実習先コメント	<div>実習施設において、実習指導責任者が理解度を確認し、コメント等を入れ、署名する。 実習責任者が最終的に確認し、署名する。</div> <div>実習指導責任者サイン（印）</div> <div>実習責任者サイン（印）</div>	

参考様式 5

介護職員初任者研修 実習証明書

事業者名 株式会社 ○○○

実 習 参 加 者 名	実 施 年 月 日	実 習 参 加 者 名	実 施 年 月 日
○○ ○○	HO年○月○日 HO年○月○日		
○○ ○○	HO年○月○日 HO年○月○日		
○○ ○○	HO年○月○日 HO年○月○日		
○○ ○○	HO年○月○日 HO年○月○日		

上記の者は、広島県介護職員養成研修（介護職員初任者研修）事業実施要綱に定める実習を修了したことを証明します。

平成 年 月 日

証明日

実 習 施 設 名 特別養護老人ホーム ○○○

所 在 地 広島市○○区○○\*\*-\*\*

代 表 者 施設長 ○○ ○○

実習指導責任者名 ○○ ○○



通信學習課題實施確認書

◎◎◎◎◎  
莊金松  
**名業者事**  
※※※※※  
哈羅馬坡

下記の通り通信学習課題を実施・評価しました。

講師(署名) ○○ ○○  
(下記担当科目番号を記載)  
講師(署名)  
(下記担当科目番号を記載)  
講師(署名)  
(下記担当科目番号を記載)  
講師(署名)  
(下記担当科目番号を記載)

1    2    3   )   添削指導終了日                  H00年0月00日

)    添削指導終了日

)    添削指導終了日

)    添削指導終了日

科目によって添削終了日が異なる場合は、適宜工夫し、わかるように記載すること。

別表2を参照  
例：職務の理解  
1 介護の基本  
3 介護の基本

もくろひにすむべし

注1 評価欄には、「合」、「否」を記入し、科目免除の場合は「免」を記入すること。

注2 課題の再提出があった場合には、再提出後の評価を記入すること。

[illegible]

参考様式 7

補 講 実 施 一 覧 表

指定研修番号 \*\*\*\*\*

事業者名 株式会社 ○○○

補講受講者名	補講科目・項目名	補講実施日時	補講担当講師	補講方法
○○ ○○	介護における尊厳 の保持・自立支援	平成○○年 ○月○○日 ○:○○ ~○:○○	○○ ○○	① 自事業者 2 他事業者 ( )
○○ ○○	介護の基本	平成○○年 ○月○○日 ○:○○ ~○:○○	○○ ○○	1 自事業者 ② 他事業者 (社会福祉法人 ○○ )
		平成 年 月 日 : ~ :		自事業者 事業者 ( )
補講の取り扱い(要領P11)について、 学則において定め、それに従い実施 すること。		平成 年 月 日 : ~ :	他事業者で行う場合は、広島県指定事業者で実施す ること。(補講協力事業者として学則に明示すること。) また、補講実施事業者から「補講受講証明書」(参考 様式 8)を受領すること。	
		平成 年 月 日 : ~ :		1 自事業者 2 他事業者 ( )
		平成 年 月 日 : ~ :		1 自事業者 2 他事業者 ( )
		平成 年 月 日 : ~ :		1 自事業者 2 他事業者 ( )
		平成 年 月 日 : ~ :		1 自事業者 2 他事業者 ( )
		平成 年 月 日 : ~ :		1 自事業者 2 他事業者 ( )
		平成 年 月 日 : ~ :		1 自事業者 2 他事業者 ( )
		平成 年 月 日 : ~ :		1 自事業者 2 他事業者 ( )
		平成 年 月 日 : ~ :		1 自事業者 2 他事業者 ( )

注 補講を他事業者で実施した場合、当該事業者から「補講受講証明書」(参考様式 8)を受領すること。

参考様式 8

他事業者にて補講を実施した場合、  
証明を受ける。(要領 P11)

補 講 受 講 証 明 書

証明した日

平成 年 月 日

株式会社 ○○○○ 様  
(介護員養成研修事業者名)

補講実施者 指定番号 \*\*\*  
所在地 広島市○○区○○\*\*-\*\*  
事業者名 社会福祉法人○○○  
代表者の職氏名 理事長 ○○○○ 印

次のとおり介護員養成研修（初任者研修）の補講を実施したことを証明します。

補講受講者名	生年月日	補講科目・項目名	補講実施日時	補 講 担 当 師
○○ ○○	昭和○年○月○日	介護の基本	平成○年○月○日 9:00~12:00	○○ ○○
			平成 年 月 日 : ~ :	
			平成 年 月 日 : ~ :	
			平成 年 月 日 : ~ :	
			平成 年 月 日 : ~ :	
			平成 年 月 日 : ~ :	
			平成 年 月 日 : ~ :	
			平成 年 月 日 : ~ :	