

首都圏ほか、グレーで網掛けしたエリアは  
当社の作成受付を締め切りました(下表参照)

令和6年度(2024年度)  
介護支援専門員(ケアマネ)実務研修受講試験  
「実務経験証明書」の作成について

- ※当社を退職された方々を対象とするご案内です。  
※受験する自治体の公式ホームページを必ずご確認ください。

当社をご退職された皆様の「実務経験証明書」作成のお申込みに関するご案内です。  
作成お申込みの前に、受験地の行政窓口にて必ず「受験要項」をご入手下さい。  
ご自身で受験地・受験要件を必ずご確認くださいのうえ、下記の要領で作成をお申込み下さい。

1 証明書作成お申込みにあたっての注意事項

- ・郵送のみの受付です。
- ・全国から作成依頼が集中するため、皆様からの郵送物が当社に到着してからお届けまで10日間ほどお時間をいただいております。  
そのため、皆様の受験申込み締切日に間に合うよう証明書を作成できる目安として、当社で受付期限を設定しておりますのでご注意ください。下表「<都道府県別> 当社の作成受付締切日」を過ぎてからご依頼の郵便物が届いた場合、受験申込み間に合わなくなる可能性があります。  
十分なゆとりをもってご依頼いただきますよう、皆さまのご協力をお願いいたします。

＜都道府県別＞当社の作成受付締切日	
北海道	6月6日(木) 本社人財部必着(受付締切)
宮城県・大阪府	6月13日(木) 本社人財部必着(受付締切)
兵庫県・岡山県・広島県	6月17日(月) 本社人財部必着(受付締切)
埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・愛知県	6月20日(木) 本社人財部必着(受付締切)
奈良県・石川県・福岡県	6月24日(月) 本社人財部必着
京都府	7月11日(木) 本社人財部必着

2 郵送いただくもの

- ①ご自身の情報を記入した「確認シート」(次ページの用紙)  
\*印刷できない場合は「確認シート」の項目(1)～(4)についてメモを作成してご提出下さい。
- ②各都道府県指定「実務経験証明書」のコピー(全員)、「従事日数内訳書」のコピー(該当者のみ)
- ③受験資格に必要な国家資格等の資格証コピー
- ④返信用封筒  
\*当社では追跡記録付きの郵送方法(レターパック等)を推奨しています。  
\*ご返送先と宛名を明記し、締切日を考慮のうえ封筒の大きさや郵送方法に合った切手を貼付して下さい。

＜郵送先＞ 〒163-0905  
東京都新宿区西新宿2-3-1 新宿モノリスビル5階  
株式会社ベネッセスタイルケア  
人財部「ケアマネ実務経験証明書担当」宛

＜本件についてのお問い合わせ先＞

株式会社ベネッセスタイルケア 人財部「ケアマネ実務経験証明書担当」まで  
TEL 03-6836-1112 (受付時間) 平日9:30～18:30

首都圏ほかグレーで網掛けしたエリアは  
当社の作成受付を締め切りました(前ページ表参照)

令和6年度(2024年度)  
介護支援専門員(ケアマネ)実務研修受講試験  
「実務経験証明書」作成申込み用 確認シート

(1) 受験地(都道府県名: ) \*必須

(2) ご自身の情報をお書き下さい。 \*必須

当所在籍時の戸籍氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日

社員番号       \*6ケタの数字(給与明細等に記載があります)

電話番号 ( ) \*必須(内容確認のためご連絡する場合があります)

(3) 当所在籍時の所属(勤務地)情報をお書き下さい。 \*必須

\*勤務地の異動がある場合はすべてお書き下さい

\*詳しい日付が分からない場合は、ご記憶の範囲でお書き下さい。

施設名称1 ( )

→在籍期間(西暦 年 月 日～西暦 年 月 日)

施設名称2 ( )

→在籍期間(西暦 年 月 日～西暦 年 月 日)

施設名称3 ( )

→在籍期間(西暦 年 月 日～西暦 年 月 日)

施設名称4 ( )

→在籍期間(西暦 年 月 日～西暦 年 月 日)

(4) (該当者以外は不要)「従事日数内訳書」作成が必要な場合に限り、その対象となる  
勤務期間をご記入下さい。

→(西暦 年 月～西暦 年 月まで)

該当者: ベネッセスタイルケア在籍期間のうち、同業他社と兼務されていた期間のみ必要

以上です。ご協力ありがとうございました。

# 【ご退職者向け】 各種証明書 発行依頼について

(ご注意)

介護支援専門員受験用の実務経歴証明書については、別途ご案内をご覧ください。

(『令和6年度(2024年度)介護支援専門員(ケアマネ)実務研修受講試験「実務経歴証明書」の作成について』)

## 1 ご依頼にあたっての注意事項

- ・郵送のみの受付となります。
- ・ご返送までは、ご依頼用の郵送物を当社が受け取った日から数えて「10日間」ほどのお時間をいただいております。郵送にかかる日数をご考慮の上、必ずゆとりをもってご依頼くださいますようお願いいたします。

## 2 郵送いただくもの

### ①指定用紙

証明書を提出する相手先に、指定用紙（フォーマット）の有無をご確認ください。

「ある」場合：指定用紙を入手のうえ、同封してください。

「ない」場合：証明書の種別と、証明が必要な項目をお書きください。

※源泉徴収票再発行の場合は、対象年を忘れずにお書きください。

### ②返信用の封筒またはレターパック

・返送先のご住所と宛名を明記してください。

・封筒の大きさと郵送方法に合った切手を貼付してください。

ご自身の手続き期限等に間に合うようご調整ねがいます。万が一期限に間に合わない場合、当社は一切の責任を負いかねますのでご注意ください。

当社では追跡記録付きの郵送方法（レターパック等）でのご依頼を推奨しています。

(参考) 日本郵便株式会社 HP <https://www.post.japanpost.jp/index.html>

### ③ご自身の情報を記入した「確認シート」(次ページの用紙)

確認シートを印刷できる環境にない場合は、お手数ですが「確認シート」と同じ内容のメモを作成してください。

〈郵送先〉 〒163-0905  
東京都新宿区西新宿 2-3-1 新宿モノリスビル 5階  
株式会社ベネッセスタイルケア  
人財部 証明書担当 まで

〈本件のお問い合わせ先〉

株式会社ベネッセスタイルケア 人財部証明書担当 Tel 03-6836-1112  
(営業時間) 平日9:30~18:30

(→次ページ) 確認シート

# 各種証明書 発行依頼用

## 【 確 認 シ ー ト 】 (ケアマネ・介福受験以外)

※このご案内は当社を退職された方々を対象としております。

(1) ご自身の情報をお書き下さい。\*必須

在籍時の戸籍氏名 ( )

生年月日 (西暦 年 月 日)

社員番号       \*6ケタの数字 (給与明細等に記載があります)

電話番号 ( ) \*必須 (内容確認のためご連絡する場合があります)

(2) (1) で社員番号が不明の場合は、所属(勤務地)の情報をお書き下さい。

\*検索の参考にするため、勤務地異動がある場合は全てお書き下さい。在籍期間はご記憶の範囲で構いません。

拠点名称1 ( )

→在籍期間 (西暦 年 月 日～ 年 月 日)

拠点名称2 ( )

→在籍期間 (西暦 年 月 日～ 年 月 日)

拠点名称3 ( )

→在籍期間 (西暦 年 月 日～ 年 月 日)

(3) 証明書の種別等についてご記入ください。

\*記載項目、内容によって関連するため、もれなくご記入下さい。

\*指定用紙の有無については、提出先にご確認下さい。

種 別： \_\_\_\_\_

使用目的： \_\_\_\_\_

指定用紙： 有 (同封して下さい) 無 (当社フォーマットで作成します)

※指定用紙が無しの場合の必要な証明項目)

( )

### 【ご注意】

受験用として必要な下記「実務経験証明書」は、期間限定で別途受付となります。  
試験機関のホームページが更新された後、当社ホームページでもご案内を開始します。

◎第27回 (令和6年度) 介護支援専門員実務研修受講試験：

- ・試験機関のHP更新：例年5月中旬～
- ・当社HPご案内開始：ご案内中

◎第37回 (令和6年度) 介護福祉士国家試験

- ・試験機関のHP更新：例年7月中旬～
- ・当社HPご案内開始：7月下旬 (8月1日から作成開始予定)

以上です。ご協力ありがとうございました。