

# 第37回介護福祉士国家試験受験 「実務経験証明書」の作成依頼について

※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。

当社をご退職された皆様の実務経験証明書の作成につき、下記の通りご案内いたします。  
ご依頼の前に「第37回介護福祉士国家試験『受験の手引』」を入手いただき、受験要件等を  
あらかじめご確認下さい。

## 1 証明書作成依頼にあたっての注意事項

- 証明書作成依頼は、郵送のみの受付となります。
- 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するまで  
10日間ほどお時間をいただきます。

そのため、皆様の受験申し込み間に合うように証明書をお届けできる目安として、下記の  
依頼受付期限を設定しております。ご依頼の郵送物がこの受付期限以降に届いた場合、受験  
申し込み間に合わなくなる可能性があります。日程に十分ゆとりをもってご依頼下さい。

◎受付期限： 2024年8月29日(木) 当社人財部必着（厳守）

※この日以降の到着分については、受験申し込み期限までお届けできない可能性があります。

## 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」（次ページの用紙です）
  - \*印刷できない場合「確認シート」の項目(1)～(3)についてメモを作成し、ご提出下さい。
  - \*試験センター版「作成依頼書」だけでは情報不足の為、当社版「確認シート」をご用意下さい。
- ② 返信用の封筒またはレターパック
  - \*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。
  - \*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う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 「介護福祉士 実務経験証明書発行担当」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

「介護福祉士実務経験証明書」発行担当

Tel 03-6836-1112 (営業時間) 平日9:30~18:30

(→次ページ) 確認シート

## 第37回介護福祉士国家試験受験 「実務経験証明書」作成依頼用 確認シート

※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。

※受付期限：2024年8月29日(木) 当社人財部必着（厳守）

この日以降の到着分については、受験申し込み期限までお届けできない可能性があります。

(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、不明な場合は空欄で可

電話番号（ ） \*内容確認のためご連絡する場合があります

(2) 当社在籍時の所属(勤務地)情報をお書き下さい。\*必須

\*検索時の参考にするため、勤務地異動がある場合はすべてお書き下さい

\*期間については、ご記憶の範囲でかまいません

拠点名称1（ ）

→在籍期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

拠点名称2（ ）

→在籍期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

拠点名称3（ ）

→在籍期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

(3) (該当者のみ記入) 当社在籍期間と同時期に他社でもご勤務されていた方で、かつその在籍期間の日数を含めないと受験資格を満たさない場合は「従事日数内訳証明書」が必要です。該当する場合は、他社でも勤務されていた期間をご記入下さい。

→ベネッセに勤務時、他社でも勤務していたため、

（ 年 月 ～ 年 月まで）の「従事日数内訳証明書」が必要

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)

介護福祉士国家試験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。  
『第37回介護福祉士国家試験受験「実務経歴証明書」の作成依頼について』

## 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～2週間」ほどのお時間をいただいております（証明内容と依頼数による）。郵送にかかる日数をご考慮のうえ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：※作成期間を終了しています

◎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：ご案内中

以上です。ご協力ありがとうございました。