

(様式1)

「平成27年度沖縄県主任介護支援専門員研修」
実務経験証明書

平成27年 月 日

- ※ 事業所等名： _____
- ※ 代表者名： _____ 印
- ※ 事業所等所在地： _____
〒 _____
- ※ TEL： _____ FAX： _____
- ※ 連絡担当者名： _____

下記の者は、標記研修の受講を申込むにあたり、平成27年5月末日までの期間において、専任の介護支援専門員として、以下のとおり勤務したことを証明します。

申込者氏名		介護支援専門員 登録番号												
施設又は 事業所名														
所在地	〒 _____													
実務従事期間											事業所名等			
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (通算 年 月 日)														
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (通算 年 月 日)														
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (通算 年 月 日)														
備考	※病気休業・育児休暇等で休んでいた時期があれば記載してください。 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (通算 年 月 日)													

【記入上の注意】

1. 申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず事業所等の代表者等、証明権限を有する方が作成してください。
2. 複数の事業所での従事期間を算定するときは、各事業所から実務経験証明書の発行を受けてください。同一法人内で事業所を異動した場合は、法人による証明に代えることができます。この場合、事業所毎に従事期間を記入し、事業所名を記入してください。
3. 専任の介護支援専門員とは、事業者が運営基準に基づき、「常勤かつ専従」の職員として県に届出している状態を指します。専任の介護支援専門員として勤務した居宅介護支援事業所の管理者との兼務期間は算定できます。在宅介護支援センターやその他の事業所等の管理者又は職員との兼務期間は算定できません。

(様式2)

「平成27年度沖縄県主任介護支援専門員研修」
地域包括支援センター在籍証明書

平成27年 月 日

- ※ 事業所等名： _____
- ※ 代表者名： _____ 印
- ※ 事業所等所在地： _____
〒 _____
- ※ TEL： _____ FAX： _____
- ※ 連絡担当者名： _____

下記の者は、標記研修の受講を申込むにあたり、平成27年5月末日までの期間において、地域包括支援センターに「主任介護支援専門員に準ずる者」として配置され、当該業務に従事している者であることを証明します。

申込者氏名										
介護支援専門員 登録番号										
職名										
主任介護支援専門員に準ずる 者として配置した月日	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで
	(通算 年 月 日)									
備考	※病気休業・育児休暇等で休んでいた時期があれば記載してください。 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (通算 年 月 日)									

【記入上の注意】

申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず事業所等の代表者等、証明権限を有する方が作成してください。

※主任介護支援専門員に準ずる者とは、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推薦について」(平成14年4月24日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者(「地域包括支援センターの設置運営について」(一部改正：平成25年3月29日付、平成18年10月18日付老計発第1018001号・老進発第1018001号・老老発第1018001号)通知より抜粋)

※予防プランの作成のみ(プランナー)の方は、「主任介護支援専門員に準ずる者」には該当しません。

(様式3)

「平成27年度沖縄県主任介護支援専門員研修」
研修講師指導経験等に関する確認票

平成27年 月 日

申込者氏名							
介護支援専門員 登録番号							

1. 介護支援専門員を対象とした研修会の講師経験等を記入してください。

※市町村や各団体の実施する研修の講師（助言者・ファシリテーター等含む）、事業所内の研修講師等

研修名・事業名（実施年度）	実施主体	対象者・講義内容等	種別
			<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 助言者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
			<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 助言者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
			<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 助言者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
			<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 助言者 <input type="checkbox"/> その他（ ）

2. 介護支援専門員を対象とした研修の講師経験はないが、育成・指導の実績や経験がある方は内容を記入してください。

例) 介護支援専門員関連の職能団体（連絡会など）や研究会等の委員、自主学習グループ活動、学会発表等

--

3. 研修修了後、介護支援専門員を育成・指導するための研修等にご協力いただける分野を記入してください。

例) ○○の演習で演習補助者（ファシリテーター）が可能

--

※複数必要な場合はコピーして使用してください。