

(様式 1-2)

「平成 27 年度沖縄県主任介護支援専門員研修」  
実務経験本人申立書

平成 27 年 月 日

※ 氏名： \_\_\_\_\_ 印

※ 住所： 〒 \_\_\_\_\_

※ 連絡先（緊急）： \_\_\_\_\_

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申立てます。

申込者氏名		介護支援専門員 登録番号											
現所属先													
所在地	〒 _____												
実務従事期間						事業所名							
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 (通算 年 月 日) まで													
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. 本人申立ての際は、専任の介護支援専門員として雇用されていたことを証明できるもの（雇用保険、年金記録等の証明書の写しなど）を必ず添付してください。
2. 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。