

(様式3)

「平成28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28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、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。
4. 専任従事期間の算定については、30日を1ヵ月として計算します。なお、現在の勤務先で証明を受ける場合の専任従事期間については、今後引き続き雇用されることが見込まれる場合は、研修開始日の前日までとすることができます。

(様式 4)

「平成 28 年度沖縄県主任介護支援専門員研修」
実務経験証明書
(地域包括支援センター勤務分)

平成 28 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みにあたり、地域包括支援センターでの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								
地域包括支援センター名								
専任従事機関	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (通算 年 月 日)							
備考	※病欠休業・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. 専任従事期間とは、介護支援専門員として介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に常勤専従していた期間、又は常勤として地域包括支援センターにおいて包括支援業務と介護予防支援業務を兼務していた期間です。
3. 専任従事期間の算定については、30 日を 1 ヶ月として計算します。なお、現在の勤務先で証明を受ける場合の専任従事期間については、今後引き続き雇用されることが見込まれる場合は、研修開始日の前日までとすることができます。

(様式5)

「平成28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28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みにあたり、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】

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. 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)
3. 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。