

(様式 1)

介護支援専門員実務経験証明書

年 月 日

※ 法人名： _____

※ 代表者氏名： _____ 印

※ 法人所在地： _____
〒 _____

※ TEL： _____ FAX： _____

※ 連絡担当者名： _____

下記の者は、研修の受講を申し込むにあたり、介護支援専門員として以下のとおり勤務していることを証明します。

研修名	<input type="checkbox"/> 専門研修課程 I		<input type="checkbox"/> 専門研修課程 II									
フリガナ			介護支援専門員									
申込者氏名			登録番号									
所属事業所名称												
所属事業所所在地	〒 _____											
所属事業所 TEL					所属事業所 FAX							
実務従事期間						事業所名等						
年 月 日 から 年 月 日 まで (通算 年 月 日)												
年 月 日 から 年 月 日 まで (通算 年 月 日)												
年 月 日 から 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。											
	①	年 月 日 から 年 月 日 まで (通算 年 月 日)										
	②	年 月 日 から 年 月 日 まで (通算 年 月 日)										
	③	年 月 日 から 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。必ず法人代表者の証明権限を有する方が作成してください（申込者本人が法人代表者の場合を除く）。 ※事業所の管理者は、法人代表者ではありません。
2. 複数の法人での従事期間を算定するときは、各法人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、事業所毎に従事期間を記入してください。
3. 介護支援専門員の実務とは、要介護者や要支援者の相談や心身の状況に応じるとともに、サービス（訪問介護、デイサービスなど）を受けられるようにケアプラン（介護サービス等の提供についての計画）の作成や市町村・サービス事業者等との連絡調整を行うこととしています。介護支援専門員として従事していても、ケアプラン（予防含む）を作成していない場合は、実務経験に該当いたしません。
4. 実務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実務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。