

(様式3)

「令和2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)

令和2年 月 日

※ 法人名： _____

※ 代表者名： _____ 印

※ 法人所在地： _____
〒 _____

※ TEL： _____ FAX： _____

※ 連絡担当者名： _____

下記の者は、標記研修の受講を申し込むにあたり、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									
専任従事期間	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。