

(様式 2)

「令和 4 年度沖縄県主任介護支援専門員研修」
実務経験証明書

令和 4 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、標記研修の受講を申し込むにあたり、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 | | | | | |
| 年 月 日 から 年 月 日 まで (通算 年 月 日) | | | | | | | | | | | |
| 貴事業所における 常勤時間数 | 週 時間 | | | | | 申込者の 勤務時間数 | 週 時間 | | | | |
| 年 月 日 から 年 月 日 まで (通算 年 月 日) | | | | | | | | | | | |
| 貴事業所における 常勤時間数 | 週 時間 | | | | | 申込者の 勤務時間数 | 週 時間 | | | | |
| 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. 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事業所の管理者との兼務期間は算定できます。介護支援専門員として従事していても併設する事業所の管理者は算定不可です。
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。
5. 「常勤時間数」とは、就業規則等で事業所ごとに定められている時間数となります。常勤時間数を満たしていない場合、「常勤専従の介護支援専門員」とは認められません。虚偽がある場合は、受講又は修了が取消となります。