

(様式1)

現在勤務中の事業所を記載

専Ⅰ・専Ⅱ

※申込を行う研修に○をしてください。  
両方受講する方は両方に○をする。

2024年(令和6年)度介護支援専門員  
専門研修 実務経験証明書

令和 年 月 日

事業所の所在地

法人名称

事業所名称

事業所番号

代表者職・氏名

公印

(担当者氏名)

連絡先電話番号

下記の者は標記研修の受講を申し込むにあたり、介護支援専門員として、以下のとおり実務に従事していることを証明します。

記

フリガナ	氏名	生年月日	(昭和・平成) 年 月 日	介護支援 専門員証 登録番号	
実務従事期間 ※右記に育児休業 等の休業や退職期 間は含まない。	(平成・令和) 年 月 日 ～ 年 月 日 (右上証明日) (通算 年 ヶ月)			期 間	見込み含む・確定のみ

<現在の事業所では受講要件の通算実務従事期間を満たさないが、同一法人内の別事業所での業務経験と合算すると、受講要件を満たす場合、以下も記載してください。>

実務従事 期間 ※右記に 育児休業等の 休業や 退職期間は 含まない。	1	(平成・令和) 年 月 日 ～(平成・令和) 年 月 日 ( ヶ月)	事業所 名称	
	2	(平成・令和) 年 月 日 ～(平成・令和) 年 月 日 ( ヶ月)	事業所 名称	
	3	(平成・令和) 年 月 日 ～(平成・令和) 年 月 日 ( ヶ月)	事業所 名称	

- 1 証明者が押印した原本を提出してください。
- 2 現在勤務している法人以外での実務従事期間を合算しないと、受講要件を満たさない場合、様式2(過去に勤めていた事業所(法人)の証明)を併せて提出してください。
- 3 インターネット申込で従事期間を「見込み」で選択した方は、実務経験が受講要件を満たし次第、本様式を提出してください。  
※専門研修課程Ⅰの方は通算6ヶ月、専門研修課程Ⅱの方は通算3年です