

(様式2)

本様式は様式1のみでは受講要件を満たすことの証明できない場合のみ

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たことを証明します。

記

フリガナ		生年 月日	(昭和・平成)	介護支援 専門員証 登録番号	
氏名			年 月 日		
実務従事期間	(平成・令和)		(平成・令和)		
※右記に育児休業等の休業や退職期間は含まない。	年 月 日 ~		年 月 日	(通算 年 ヶ月)	

<様式1及び上記の内容のみでは、受講要件の通算実務従事期間を満たさないが、上記と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 受講要件を満たすため、別の法人の実務経験も合算する必要がある場合、様式2を必要な法人分提出してください。

※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