

2023年(令和5年)度主任介護支援専門員研修  
実務経験証明書【常勤専従者用】

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 (担当者氏名) 公印  
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、常勤専従の介護支援専門員として、以下のとおり実務に従事した経験を有することを証明します。

記

|  |                        |            |                  |                      |  |
|--|------------------------|------------|------------------|----------------------|--|
| フリガナ   |                        | 生年<br>月日   | (昭和・平成)<br>年 月 日 | 介護支援<br>専門員証<br>登録番号 |  |
| 氏名   |                        |            |                  |                      |  |
| ①実務<br>従事期間<br>※右記に育児休業<br>等の休業や休職期<br>間は含めない。 | (平成・令和) 年 月 日          | 期間         | 見込み含む・確定のみ       |                      |  |
|  | ～(平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月) | 管理者の<br>兼務 | 有・無              |                      |  |

<同一法人内の別事業所での業務経験を有する場合は、以下に記載してください。>

|  |                        |                        |           |  |
|--|------------------------|------------------------|-----------|--|
| ②実務<br>従事期間<br>※右記に育児<br>休業等の休業<br>や休職期間は<br>含めない。 | 1                      | (平成・令和) 年 月 日          | 事業所<br>名称 |  |
|  |                        | ～(平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月) |           |  |
|  | ※管理者の兼務 有・無            |                        |           |  |
|  | 2                      | (平成・令和) 年 月 日          | 事業所<br>名称 |  |
|  |                        | ～(平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月) |           |  |
|  | ※管理者の兼務 有・無            |                        |           |  |
| 3  | (平成・令和) 年 月 日          | 事業所<br>名称              |           |  |
|  | ～(平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月) |                        |           |  |
| ※管理者の兼務 有・無  |                        |                        |           |  |

|              |      |
|--------------|------|
| 実務従事期間 ① + ② | 年 ヶ月 |
|--------------|------|

- 1 証明者が押印した原本を提出してください。
- 2 複数の事業所に勤務していた場合には、この用紙をコピーして作成してください。
- 3 常勤専従の実務従事期間とは、介護支援専門員として常勤専従で勤務している期間です。居宅介護事業所における管理者との兼務だけは通算期間に算定できません。(在宅介護支援センター管理者との兼務の期間は含みません。)
- 4 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、確定済みの本様式を提出してください。