

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【常勤兼務者用】

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

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、常勤兼務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 月日	(昭和・平成) 年 月 日	介護支援 専門員証 登録番号	
氏名					
①実務従事 期間 ※右記に育児休業 等の休業や休職期 間は含めない。	(平成・令和) 年 月 日 ～ (平成・令和) 年 月 日 (年 ヶ月)			期間	見込み含む・確定のみ

<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 従事期間 ※右記に育児 休業等の休業 や休職期間は 含めない。	1	(平成・令和) 年 月 日 ～ (平成・令和) 年 月 日 (年 ヶ月)	事業所 名称	
	2	(平成・令和) 年 月 日 ～ (平成・令和) 年 月 日 (年 ヶ月)	事業所 名称	
	3	(平成・令和) 年 月 日 ～ (平成・令和) 年 月 日 (年 ヶ月)	事業所 名称	

実務従事期間 ① + ②	年 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 実務従事期間は、研修開始前日まで見込みとして通算できます。
- 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。