

「実務経験証明書(様式 2-2)」・「推薦書(様式 5-1・様式 6)」 記入上の注意事項

申込者及び証明権限を有する方(書類を作成する方)は、必ず下記をお読みください。

実務経験証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となり、研修の申込みはできません。

証明者は、必ず申込者の業務状況を書類等で確認した上で記入してください。配置状況を確認できない場合は、配置状況も確認できる書類の提出を求めることがあります。

証明者名等	「申込者記入」欄以外を申込者が自署した場合、本証明書は無効となります。(申込者と証明権限を有する方が同一の場合は除く)
申込者氏名	過去に勤務した方の証明をする場合において、申込者がその当時旧姓であった場合は、「現在の姓(旧姓:当時の姓)名」の形で記入してください。(例:埼玉(旧姓:武蔵)花子)
事業所	申込者が勤務している(していた)事業所名及び事業所番号を記入してください。 同一法人・団体であっても、勤務先事業所が複数になる場合は、 <u>各々の事業所毎に証明書を発行してください。</u>
実務従事期間	申込者が「介護支援専門員」として「常勤専従」で実務に従事した期間を記入してください。 下記を参考に算定をしてください。 【従事期間として算定できるもの】 原則、介護支援専門員として介護保険給付におけるケアマネジメント業務に従事した期間となります。下記の場合における兼務の期間は個別要件①②の専従の従事期間として算入できます。 (1)介護支援専門員と管理者との兼務 <u>居宅介護支援事業所の管理者との兼務、又は地域包括支援センターの管理者との兼務</u>をしている場合 (2)地域包括支援センターと介護予防支援事業所との兼務 地域包括支援センターに配置されている場合は職種を問わず、介護予防支援事業所に介護支援専門員として登録・届出により兼務している場合 (3)居宅介護支援事業所と介護予防支援事業所との兼務 居宅介護支援事業所の介護支援専門員と介護予防支援事業所の介護支援専門員を兼務している場合 【従事期間として算定できないもの】 介護支援専門員の資格を有していても、下記の場合における期間は算入できません。 (1)他職種としての勤務期間、多職種との兼務期間(上記(1)～(3)を除く。個別要件④を除く。) (2)非常勤としての勤務期間 (3)要介護認定のための調査や、利用者・サービス提供事業者との連絡調整のみを行っていた期間 (4)居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターの管理者業務に専従していた期間 (5)社会福祉士又は保健師(看護師)で、介護予防支援事業所の介護支援専門員として登録して従事していない期間(個別要件③対象の方を除く) (6)病気休業や産休・育児休業による休職期間 ➡「実務従事期間」の下の部分にも記入をしてください。

※事業所が廃止となったが法人が存続する場合又は事業承継により承継後の法人が存続する場合、当該法人の発行した実務経験証明書を御提出ください。法人が解散したものの、元代表者等と連絡が可能で実務経験証明書の作成依頼が可能な方は、当該者の証した実務経験証明書を御提出ください。

*複数の実務経験証明書が必要な時は、コピーして使用してください

令和7(2025)年度 埼玉県主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

令和 7 年 月 日

法人又は事業所名

代表者氏名
〒

所在地

作成担当者氏名
(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、以下の期間において、**常勤専従**の介護支援専門員として、以下のとおり勤務した経験を有することを証明します。

フリガナ								生 年 月 日									
申 込 者 氏 名								昭和・平成 年 月 日									
介護支援専門員登録番号																	
事 業 所 名								事業所番号									
所 在 地	〒 -																
事業所又は施設の種類 下表の①～⑨の中から該当する番号			個別要件		☐ 経験5年以上(個別要件①) ☐ 認定ケアマネジャーであり経験3年以上(個別要件②)												
【実務経験となる事業所又は施設】 ①指定居宅介護支援事業者 ②特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者 ③小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護及び複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護に限る)に係る指定地域密着型サービス事業者 ④介護保険施設 ⑤介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者 ⑥介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 ⑦指定介護予防支援事業者 ⑧地域包括支援センター ⑨在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口																	
実 務 従 事 期 間	(平成・令和) 年 月 日から { ☐ (平成・令和) 年 月 日まで ☐ 現在も就業中 (どちらかを選択)																
※管理者のみの期間は不可	[上記のうち、病休等により実務に従事していなかった期間 (平成・令和) 年 月 日から (平成・令和) 年 月 日まで]																
通 算 期 間	通算 年 ヶ月																

【注意事項】

※研修受講開始日までに5年経過する予定で提出した者については、受講開始日までに、改めて本証明書を提出する必要があります。

※証明書の真正性を確認するため、法人等へ連絡をさせていただくことがあります。

※証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。