

* 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 4 年 (2022 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 4 年 月 日

所在地 _____

法人等団体名 _____ 職印 _____

代表者氏名 _____

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、**本証明書作成時まで**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 日生
介護支援専門員登録番号		
事業所名	事業所番号	
所在地	〒 _____	
事業所形態 (○をつけてください)	1.地域包括支援センター 2.居宅介護支援事業所 3.その他()	
①実務従事期間 (②の期間を含む) (※)	(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)}
	[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]	
②居宅介護支援事業所の 管理者との兼務従事期間 (※)	(平成・令和) 年 月 日から	{(平成・令和) 年 月 日まで 現在も管理者と兼務中 (どちらかを選択)}
	[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]	
①の通算期間	通算 年 ヶ月	

【申込者記入】 受講申込書 (申込書式 1 - 1) 2. 受講要件の○印と同じ要件に○印を付けてください

受講要件

- ① 経験 5 年以上 ② 認定ケアマネージャーであり経験 3 年以上 ③ 地域包括 ④ 推薦書

【※注意事項】

※「申込者記入」欄以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成してください。(申込者と証明権限を有する方が同一の場合を除きます。)

※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ます。

※通算した従事期間のうち、一ヵ月に満たない部分は切り捨てます。また、病気休業や育児休業等による休職期間は除外してください。

※「常勤専従の介護支援専門員としての配置状況が確認出来る書類の写し」を添付してください。

(令和 4 年 (2022 年) 度埼玉県主任介護支援専門員研修実施要領「9 その他 (3) ※3」をご参照ください)