

主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人滋賀県社会福祉協議会 会長 あて

下記の者の介護支援専門員としての実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

施設・事業所の所在地
および名称代表者の役職名
氏名
(電話番号)

証明する 実務実績 の種類	<input type="checkbox"/> 専任（常勤専従） <input type="checkbox"/> 兼任（他職種等）
氏 名	(生年月日 年 月 日)
介護支援専門員 登録番号	
施設・事業所名	実務経験期間
	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 【 年 ヶ月 日】
	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 【 年 ヶ月 日】
	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 【 年 ヶ月 日】
実務経験期間の合計	【 年 ヶ月 日】
<ul style="list-style-type: none">・「開催要領」の「7 受講対象者（受講要件）」および本裏面をよく読んで、作成してください。・本証明書を発行する施設・事業所におかれましては、介護支援専門員資格を有し、算定対象の業務に従事している実務経験期間を確認し、その期間について証明してください。記載内容に誤りや不備等が認められた際には、無効となりますので、十分ご確認ください。・勤務期間内に兼務期間・病休期間等がある場合は、それらの期間を除く期間を複数段にわけてご記入ください。	

*下記の①の算定対象の業務に従事している実務経験期間を十分に確認してください。

【専任（常勤専従）の場合】

① 主任介護支援専門員研修の受講要件として実務経験期間に算定できるもの

- ・常勤専従の介護支援専門員として、介護サービス計画書もしくは介護予防サービス計画書作成にのみ従事した期間。
- ・事業所の管理者と専任（常勤専従）介護支援専門員の兼務期間。
- ・地域包括支援センターで常勤専従の介護支援専門員として配置され、介護予防サービス計画書作成に従事した期間。

※実務経験の証明期間は、「申込み時点」までの期間を算定対象とします。

② 主任介護支援専門員研修の受講要件として実務経験期間に算定できないもの

- ・他職種（認定調査員・介護員・社会福祉士等）との兼任・兼務の期間。
- ・同一法人内で、介護支援専門員（計画作成担当者）として複数事業所の兼務の期間。
- ・他職種（認定調査員・介護員・相談員・社会福祉士等）での勤務期間。
- ・地域包括支援センターで介護予防サービス計画書作成に従事しているが、介護支援専門員以外（看護師・保健師・社会福祉士等）の立場で配置されている期間。
- ・勤務予定期間。（実際に勤務された期間のみ算定可）

<留意点>

- 1 現に勤務する施設・事業所の従事した期間は、従事開始から証明する日までをご記入ください。現に勤務を継続している場合でも、必ず証明する期間の末日をご記入ください。空欄は無効となります。
- 2 現に勤務する施設・事業所以外の（過去に勤務した施設・事業所における）従事期間の証明は、その施設・事業所から証明を受けることとなりますので、間違いのないようにしてください。
- 3 受講要件である5年（もしくは3年）以上の通算の従事期間が確認できれば、それ以上の従事期間の証明は必要ありません。
- 4 証明を受ける施設・事業所が複数にわたる場合は、この様式をコピーしご記入ください。
- 5 従事した期間や施設・事業所の名称は、正確な内容を証明して下さい。不正な証明書類に基づき、本研修を受講された場合は、修了を取り消すこととなりますので留意してください。

主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人滋賀県社会福祉協議会 会長 あて

証明する日(記入日)

下記の者の介護支援専門員としての実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

施設・事業所の所在地

および名称

現在の勤務先で5年に満たない場合

専任(常勤専従)で勤務されていた

前勤務先の証明が必要となります

代表者の役職名

氏名



(電話番号)

証明する 実務実績 の種類	<input type="checkbox"/> 専任(常勤専従) <input type="checkbox"/> 兼任(他職種等)	
氏名	(生年月日 年 月 日)	
介護支援専門員 登録番号		
施設・事業所名	実務経験期間	
	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 【 年 ヶ月 日】	期間の合計が未記入とならないようご注意ください
	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 【 年 ヶ月 日】	
	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 【 年 ヶ月 日】	
実務経験期間の合計	【 年 ヶ月 日】	
<ul style="list-style-type: none"> ・「開催要領」の「7 受講対象者(受講要件)」および本裏面をよく読んで、作成してください。 ・本証明書を発行する施設・事業所におかれましては、介護支援専門員資格を有し、算定対象の業務に従事している実務経験期間を確認し、その期間について証明してください。記載内容に誤りや不備等が認められた際には、無効となりますので、十分ご確認ください。 ・勤務期間内に兼務期間・病休期間等がある場合は、それらの期間を除く期間を複数段にわけてご記入ください。 		

記載内容の誤りや記入漏れがあった場合は無効となります。

特に、実務経験期間(日付、期間の合計)の誤りや漏れが無いよう提出前に必ず確認をしてください

主任介護支援専門員研修 受講資格証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長 あて

下記の者は、主任介護支援専門員に準ずる者(介護保険法施行規則第 140 条の 66 第 1 号イ(3))と同等の知識を有すると認められます。また、当地域包括支援センターに、現に配置されている者であることを証明します。

(市町長名)

公印

(地域包括支援センターの名称)

氏 名	(生年月日 年 月 日)
介護支援専門員 登録番号	
地域包括支援 センター	(名称)
	(所在地)
	(連絡先 電話番号)
介護支援専門員 としての 実務経験期間 (該当する元号に○を記入 してください。)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 【 年 ヶ月 日】

令和7年度 主任介護支援専門員研修 提出物一覧 兼 確認表

介護支援専門員登録番号							
氏 名							

※申込書類の記入漏れや不足がないかを十分ご確認の上、最終チェック欄に「✓」を記入してから提出してください。

提出書類の名称および留意点		申込者 最終チェック欄			
受講資格【必須要件】A～C すべて該当 → 以下 (A～C) を全員提出					
—	令和7年度主任介護支援専門員研修 提出物一覧 兼 確認表 (この用紙です)	<input type="checkbox"/>			
A	居宅・施設サービス計画書 (第1表～第3表) 又は、介護予防サービス支援計画書【写し】 ※個人情報 (固有名詞等) はすべて記号化し修正してください。 ※「開催要領 別紙2」をよく読んで、作成してください。 ※個人情報の修正が不十分な場合は、受付できないことがあります。	<input type="checkbox"/>			
B	専門課程Ⅱの修了証明書【写し】	<input type="checkbox"/>			
C	介護支援専門員証【写し】	<input type="checkbox"/>			
受講資格【選択要件】 ①～④ア～ウ いずれかに該当 → 選択された該当する要件により、提出する様式と写しは異なります。		①	②	③	④
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
主任介護支援専門員研修 実務経験証明書 様式1 【原本】 ※「受講対象者【選択要件】①、②、④ア、イ」に該当する場合のみ提出してください。 ※「開催要領」の「7 受講対象者 (受講資格)」をよく読んで、作成してください。 ※証明機関名、代表印の記入や押印の漏れがある場合、受理できないことがあります。 ※実務経験の証明期間は、誤りがないように正確に記入してください。 ※「専任 (常勤専従)」または「兼任」のいずれかについて、記入してください。 ※選択要件により、「専任」と「兼任」、従事期間は異なりますのでご注意ください。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ①専任 (5年以上) ②専任 (3年以上) ④ア 兼任 (5年以上) ④イ 兼任 (3年以上) </div>		専 任 5 年 以 上	専 任 3 年 以 上	ア ・ イ	
ケアマネジメントリーダー養成研修 修了証明書【写し】 又は、日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー認定証【写し】 ※「受講対象者【選択要件】②、③、④イ」に該当する場合のみ提出してください。 ※「受講対象者【選択要件】③」の場合は、ケアマネジメントリーダー養成研修修了証【写し】のみ有効です。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
主任介護支援専門員研修 受講資格証明証 様式2 【原本】 ※「受講対象者【選択要件】③、④ウ」に該当する場合のみ提出してください。 ※「開催要領」の「3 受講対象者 (受講資格)」をよく読んで、作成してください。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ウ			

必要書類および写しをご提出ください。

※個人情報については滋賀県社会福祉協議会「個人情報の保護規程」に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。

申込みは「研修システム」にて受付します。申込みは済まされましたか。	<input type="checkbox"/>
	申込日： 月 日
提出書類の一式は、手元の控えをご準備されましたか。	<input type="checkbox"/>