（ 別紙　様式 ４ ）

専任の介護支援専門員として従事した期間にかかる証明書

 　　　　　　令和　　年　　月　　日

 滋賀県社会福祉協議会宛て

 施設･事業所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 および名称

 代表者の役職名・氏名　　　 　印

 ( 電 話 番 号 )

 下記の者が、当該施設・事業所において、専任（常勤専従）の介護支援専門員として従事した期間は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　　　名 | （生年月日　　　　　年　　　月　　　日） |
| 施設・事業所の名称 |  |
| 専任(常勤専従)の介護支援専門員として従事した期間 | 年　　月　　日　～　（　　）　　年　　　月　　　日まで　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　）引き続き勤務中 |

注）１　証明者が押印した証明書原本を提出して下さい。

 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下さい。

　　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、それ以上従事期間の証明は必要ありません。

 ４　証明にあたっては、「令和元年度滋賀県主任介護支援専門員研修の受講対象者について」を必ずお読み下さい。

 ５　複数の枚数が必要な場合は、この様式をコピーして下さい。

 ６　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下さい。

※ 「専任（常勤専従）の介護支援専門員として従事した期間」という場合、管理者以外の職種を兼務している期間は、従事期間に含めることができませんので、この証明書を発行する施設・事業所は証明する内容について十分に確認し、責任を持って対応して下さい。例えば、訪問看護の業務を兼務していた期間など、他の職を兼務していた期間がある場合は、「専任（常勤専従）」と見なすことはできないので注意して下さい。