（ 別紙　様式 ５ ）

兼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、兼任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 |  |
| 兼任の介護支援  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。

※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。