（ 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

（社）滋賀県社会福祉協議会　様

 　　　　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　　　　　　　　　　　□　現在従事中期間：（　　）年（　　）ヶ月 |

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３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」には、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。