様式２

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

下記の者が、当事業所において、介護支援専門員として従事していたことを証明します。

 　　　　施設・事業所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　および名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の役職名・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　( 電話番号 )

|  |  |
| --- | --- |
| 証明する実務実績の種類 | * 専任（常勤専従）
* 兼任
 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　（生年月日　　　　　年　　　月　　　日） |
| 介護支援専門員登録番号 |  |
| 施設・事業所の名称 |  |
| 介護支援専門員としての実務経験期間（該当する元号に〇を記入してください。） | １　　 | 平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日【　　年　　ヶ月　　日】 |
| ２ | 平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日【　　年　　ヶ月　　日】 |
| ３ | 平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日【　　年　　ヶ月　　日】 |
| 実務経験期間の合計　　【　　　年　　ヶ月　】 |
| ※「開催要領」の「３　受講対象者（受講要件）」をよく読んで、作成してください。※裏面の説明と留意点を必ずご確認ください。※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。 |

裏面

＊実務経験期間は、雇用期間ではなく、介護支援専門員資格を有し、

下記の①の算定対象の業務に従事している期間について証明してください。

【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。・指定居宅介護支援事業所の管理者と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・指定居宅介護支援事業所以外の事業所・施設における管理者との兼任・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（勤務予定期間が過ぎたのちに、改めて証明してください） |

【兼任の場合】

|  |
| --- |
| 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・専任ではないものの、他の職と兼務する常勤の介護支援専門員として従事した期間。 |

留意点

１　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。

　　２　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。

 ３　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。

 ４　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

してください。