

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

代表者の役職名

前勤務先の証明が必要となります

氏名



(電話番号)

証明する 実務実績 の種類	☐ 専任(常勤専従) ※常勤かつ介護支援専門員専従 ☐ 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】	
・「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。		

従事開始から証明する日までを記入

期間の合計が未記入とならないようご注意ください

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)の誤りや日付の記入漏れが無いよう提出前に必ず確認をしてください