

実務経験証明書

フリガナ				
受講申込者氏名				
受講申込者の 介護支援専門員登録番号				
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生			
介護支援専門員 としての従事期間 ※居宅の管理者との兼務は 期間として算定できます。	従事期間	事業所番号	事業所名	勤務形態（該当に☑） ※勤務形態一覧表をご確認ください
	年 月 日から 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> 常勤・管理者と兼務 <input type="checkbox"/> 非常勤・専従 常勤時間数（ 時間）
	年 月 日から 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> 常勤・管理者と兼務 <input type="checkbox"/> 非常勤・専従 常勤時間数（ 時間）
	年 月 日から 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> 常勤・管理者と兼務 <input type="checkbox"/> 非常勤・専従 常勤時間数（ 時間）
	年 月 日から 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> 常勤・管理者と兼務 <input type="checkbox"/> 非常勤・専従 常勤時間数（ 時間）
備考				

注意：申込日までの期間について記入・証明してください。

なお、申込日以後に従事期間の要件を満たす場合は、備考欄にその旨を記載し、要件を満たした段階で再度提出してください。

上記のとおり勤務したことを証明します。

平成 年 月 日

（所在地）

（法人等団体名）

（代表者職氏名）

印

担当者氏名

連絡先電話番号

【記入にあたっての注意事項】

- 実務経験証明書に記入する内容は、必ず根拠（勤務形態一覧表・その他記録等）に基づいて証明してください。就業状況等に関する書類等が保管されていないなど、受講申込者の従業期間が曖昧な場合は、証明書を記入・発行しないでください。
- 受講申込者が「介護支援専門員として業務を行っていた期間」を証明してください。指定居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定できます。
- この証明書は、必ず証明権限を有する者が記入してください。
- 複数の事業所で勤務し、証明権限を有する者が異なる場合は、それぞれの事業所での証明が必要です。
- 病気休業や育児休業等による休職期間は除外してください。
- 記入内容を訂正する場合は、訂正印を押印してください。
- 証明内容に不明な事項がある場合は、作成担当者に内容の照会・確認を行うことがあります。

※実務経験の記載等を偽るなどの不正が確認された場合は、受講決定を取り消します。

研修修了後に不正が確認された場合は、修了者名簿より削除しますので、ご注意ください。