

(本様式は、両面コピーして使用ください。)

主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会会長 様

施設又は事業所の
所在地及び名称

代表者 氏名

職印

(裏面記入上の注意1参照)

作成担当者氏名

作成担当者連絡先

当事業所において、下記の者が介護支援専門員として常勤専従していた期間を証明します。

| | | 証明年月日 | ※未記入の場合は証明が無効となります。 | | | | | | | |
|-------------------|--|-------|---------------------|---|---|--|--|--|--|--|
| | | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員番号 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 | | | | | | | | | |
| 施設又は事業所名 | ※同一団体等であっても勤務した施設・事業所が複数ある場合は、それぞれの施設・事業所毎に証明書を発行してください。 | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 - | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | |
| 開設年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 実務経験期間 | <p>下記の内容をご確認のうえ、実務経験(常勤専従)期間を記入してください。 内容確認後、<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。<input type="checkbox"/>の無い場合は無効となります。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員としてケアプランもしくは予防プラン作成に従事した勤務期間のみ算定しています。 <input type="checkbox"/> 兼任の場合や他職種(看護師・保健師・社会福祉士・介護員等)による勤務期間は含みません。 (但し、指定居宅介護支援事業所管理者との兼務は期間として算定できます。) <input type="checkbox"/> 産休・育休・病休等は、勤務期間に含みません。</p> <p>平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 << 年 ヶ月 日 >> 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 << 年 ヶ月 日 >> 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 << 年 ヶ月 日 >></p> <p>≪実務経験(常勤専従)期間 合計 年 力月 日≫</p> <p>※地域包括支援センターで勤務の方のみ該当の職種に<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。 【 <input type="checkbox"/>介護支援専門員 <input type="checkbox"/>その他 () 】として勤務</p> | | | | | | | | | |

※この証明書は必ず裏面【記入上の注意事項】をよく読んで作成してください。

『実務経験証明書』を発行される事業者の皆様への記入上の注意事項

- 1 実務経験証明書を作成する際は、下記の記入要領を確認した上で作成してください。
- 2 実務経験証明書に記入する内容は、必ず根拠(タイムカード・記録)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等が曖昧な場合は、証明書を記入・発行しないでください。

< 記 入 要 領 >

| 記 入 項 目 | 注 意 事 項 |
|---|--|
| 職印(証明印) | 証明権者の職印(代表者印)を捺印してください(例:医療法人△△会〇〇病院長之印)。 職印がない場合は、証明権者の実印を捺印してください。 |
| 作成担当者名 作成担当者連絡先 | 証明書の内容に不明な事項がある場合は、当該証明書作成担当者様に内容の照会・確認を行いますので、必ずご記入ください。 |
| 証明年月日 | 証明する期間の最終日以降の日付を記入ください。記入の無い場合は無効となります。 |
| 施設又は事業所名 | 受講申込者が勤務している(していた)施設・事業所の名称を記入してください。 同一法人・団体等であっても勤務先の施設・事業所が複数ある場合には、施設・事業所ごとに証明書を発行してください。 介護保険法で指定を受けた事業所番号を必ず記入してください。 |
| 開設年月日 | 当該施設・事業所が都道府県知事等の許可・認可・承認・指定等を受けた日、又は都道府県知事等への届出を行った日を記入してください。 なお、閉鎖した施設の場合は、右の余白に閉鎖日を記入してください。 |
| 所在地 | 本部・本社の住所ではなく、勤務している(していた)施設・事業所の所在地を記入してください。 |
| 本研修受講における 介護支援専門員 実務経験の定義 について | 施設・事業所において介護支援専門員として、介護サービス計画書の作成を行うことを指します。 施設・事業所で就労していたとしても、単に介護認定の調査業務のみを行っていた場合や、利用者やサービス提供事業所との連絡調整のみを行っており、介護サービス計画書の作成をしていなかった場合は、実務経験として認められません。 また、地域包括支援センターで勤務する社会福祉士及び保健師は実務経験の対象とはなりません。 |
| 介護支援専門員 (常勤専従)の期間 | 受講申込者が受講資格である「 <u>常勤専従の介護支援専門員として業務を行っていた期間</u> 」を証明してください。(指定居宅介護支援事業所管理者との兼務は期間として算定できません。) 継続して就業中の場合、証明年月日までの期間を記入してください。 常勤の定義については、原則として、当該事業所の就業規則等で常勤と判断された者をいいます。 |
| 介護支援専門員 としての実務経験 に該当する施設等 | ①指定居宅介護支援事業所 ②特定施設入居者生活介護事業所 ③(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所、(介護予防)看護小規模多機能型居宅介護事業所、(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所、(介護予防)地域密着型特定施設入所者生活介護・(介護予防)地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所 ④介護老人保健施設、介護老人福祉施設 ⑤介護予防支援事業所 |

(記入上の注意)

- 1 記入を間違った場合は、二重線で抹消して証明権者の職印を押印してください。修正液による修正がある証明書は無効となります。
- 2 受講申込者が自署した場合、本証明書は無効となります。必ず証明権限を有する方が記入してください。