「第９回主任介護支援専門員研修」受講申込のための職歴証明書

一般社団法人
兵庫県介護支援専門員協会
　会　長　垣内　達也　様

下記の者の職歴を次の通り証明します。

平成　　年　　月　　日

（証明者）
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名
代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（証明を受ける者）
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日 生＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（職歴証明事項の記載は次のいずれに該当するか〇を付けて勤務期間をご記入下さい。
必要な勤務期間は、異なる事業者での勤務期間を合算する事ができます。その場合はこの用紙をコピーのうえ事業所ごとに証明書を作成し提出して下さい。）

１．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　　日迄勤務　（　　年　　ヶ月）
（通算して５年（６０ヶ月）以上である者。但し管理者との兼務は期間として算定できる）

２．『ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について』（平成１４年４月２４日老発第０４２４００３号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者、または、日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって専任（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　　日迄勤務　（　　年　　ヶ月）
（通算して３年（３６ヶ月）以上である者。但し管理者との兼務は期間として算定できる）

３．『主任介護支援専門員に準じる者』として、現に兵庫県内の地域包括支援センターに勤務
＿＿＿年　　月　　日　～　現在まで勤務　（　　年　　ヶ月）
＊『主任介護支援専門員に準じる者』とは、ケアマネジメントリーダー養成研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、且つ介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者をいう。

「第８回主任介護支援専門員研修」受講申込のための職歴証明書　　記載例

一般社団法人
兵庫県介護支援専門員協会
　会　長　垣内　達也　様

証明日は証明書の記入日でなければならない。

下記の者の職歴を次の通り証明します。

平成　２６年　７月　２８日

（証明者）
住　所　　神戸市中央区〇〇通１―１

訂正印は証明者の印に限る

事業所名　　居宅支援事業所△△
代表者名　　管理者　神戸　花子　　印

電話番号　　０７８―０００―００００

（証明を受ける者）
住　　所　　神戸市灘区〇〇２－１

氏　　名　　兵庫　太郎

期間の最終日は証明書の記入日を越えて記入することはできない。
見込みの場合には誓約書を提出の上、受講初日には改めて証明書を提出する。

生年月日　　昭和４５年　　５月　　３日 生

（職歴証明事項の記載は次のいずれに該当するか〇を付けて勤務期間をご記入下さい。
必要な勤務期間は、異なる事業者での勤務期間を合算する事ができます。その場合はこの用紙をコピーのうえ事業所ごとに証明書を作成し提出して下さい。）

１ヶ月未満の端数はカウントしない。

１．専任（常勤専従）の介護支援専門員として従事した期間
平成２３年　６月　１日～　平成２６年　７月　２８日迄勤務　（　３年　１ヶ月）
（通算して５年（６０ヶ月）以上である者。但し管理者との兼務は期間として算定できる）

２．『ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について』（平成１４年４月２４日老発第０４２４００３号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者、または、日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって専任（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　　日迄勤務　（　　年　　ヶ月）
（通算して３年（３６ヶ月）以上である者。但し管理者との兼務は期間として算定できる）

３．『主任介護支援専門員に準じる者』として、現に兵庫県内の地域包括支援センターに勤務
　　年　　月　　日　～　現在まで勤務　（　　年　　ヶ月）
＊『主任介護支援専門員に準じる者』とは、ケアマネジメントリーダー養成研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、且つ介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者をいう。

職歴証明書記入要領

１．無効となる職歴証明書

①受講申込者が自署したもの
（申込者と証明権限を有する者とが同一の場合を除く）

②代表者印がないもの

③名称、所在地の記入漏れ及び不明なもの

④訂正事項について証明権限を有する者の訂正印のないもの
（修正液等の使用による訂正等は証明書としては無効となります）

⑤証明日の抜けているもの（未来の日付は無効です）

２．証明書を作成する際は、次の作成要領に注意のうえ作成してください。

①証明書の証明日は、必ず記入してください。
（あくまでも、証明書を記入した日付で記載してください）

②従事した期間について、連続して異なる事業所に月途中で勤務した場合には日付で確認しますので、記載例に従って記入してください。

③「従事した期間」欄は、受講申込者が専任または常勤の介護支援専門員として従事した期間を記入してください。（ただし、病気休業や育児休業等による休職期間を除く）

④代表者氏名は職名を記入し、使用する職印は「代表者印」を使用してください。

≪介護支援専門員の実務経験の定義等について≫

下記の事業所又は施設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。

◆下記の事業所又は施設で就労していたとしても、単に要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者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。

◆指定居宅介護支援事業所における常勤専従の管理者については、実務経験ありと認められます。

＝事業所・施設一覧＝

①居宅介護支援事業所

②特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者

③小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る地域密着型サービス事業者

④介護保険施設

⑤介護予防特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者

⑥介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護予防サービス事業者

⑦介護予防支援事業者

⑧地域包括支援センター

一般社団法人
兵庫県介護支援専門員協会
　　会長　垣内　達也　様

誓　約　書

　私は、兵庫県介護支援専門員協会が実施する「第９回主任介護支援専門員研修受講のため職歴証明書」を開講日に提出することを誓約します。
　なお、開講日に証明書を提出できない場合は受講の取り消しをされても異議はありません。

　　平成２６年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※申込期限では就業期間が不足するので、開講日前日までの就業期間を含める。

　就業予定期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日