

※ご証明いただく際は、『実務経験証明書の作成についてのお願い』と『記入例』をご確認ください。

主任介護支援専門員研修 実務経験証明書 (【B】④に該当する方向け)

一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会 会長 様

下記の者が当センターにおいて、常勤として包括的支援業務と介護予防支援業務に従事していたことを証明します。

地域包括支援センターの

所在地及び名称

代表者 氏名

職印

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|-------------------------------|----------------------------|--|------|-------------------------------|--|--|
| 下記①・②をご確認の上、勤務記録等の根拠に基づき、実務経験証明書を作成してください。 ※証明内容等の確認のため、作成者様に連絡させていただく場合があります。必ず連絡先電話番号をご記入ください。 | | | | | | | | | | |
| 【作成者連絡先】 作成者氏名： _____ 連絡先TEL： _____ | | | | | | | | | | |
| 証明年月日 | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (※未記入の場合、証明書は無効となります。) | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | 生年月日 | 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | |
| 受講申込者氏名 | (旧姓： _____) | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員登録番号 | | | | | | | | | | |
| センター名 | ※同一法人等であっても勤務した事業所が複数ある場合は、事業所毎にそれぞれ証明書を発行してください。 | | | | | | | | | |
| センターの所在地 | ※法人の本部・本社の所在地ではなく、勤務先所在地を記入してください。 | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センターで常勤として包括的支援業務と介護予防支援業務に従事している期間。 (該当の元号に○を入れてください。) | 1 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | ～ | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】 | | | | | |
| | 2 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | ～ | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】 | | | | | |
| | 3 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | ～ | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】 | | | | | |
| ※下記①に該当する期間のみご記入ください。 ※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。 | | | | | | | | | | |

【実務経験期間は、雇用期間ではなく、有効な介護支援専門員証を有し、下記①の算定対象の業務に従事している期間をご証明ください。】

- 主任介護支援専門員研修の受講要件【B】④としての実務経験期間に算定できるもの
・地域包括支援センターにおいて、常勤として包括的支援業務と介護予防支援業務に従事している期間。
- 主任介護支援専門員研修の受講要件【B】④としての実務経験期間に算定できないもの
・病休・産休・育休期間。
・勤務予定期間(「実務経験証明書の作成についてのお願い」の「9)実務経験期間」をご参照ください)。

※『実務経験証明書』は受講年度の要項に添付されている様式での作成および提出を推奨します。
※様式等に変更が生じた場合は、再度、申込年度の様式で作成、提出していただくことがあります。

受講要件B【④】に係る『実務経験証明書』を発行される事業者のご担当者様へ 実務経験証明書の作成についてお願い

- 1 実務経験証明書を作成する際は、下記の〈記入要領〉を確認の上、作成してください。
- 2 実務経験証明書に証明する内容は、必ずタイムカードや勤務記録等の根拠に基づいて記入してください。
就業状況等に関する書類が保管されていない等、受講申込者の従事期間や従事内容が曖昧な場合は、証明書を発行しないでください。
- 3 訂正する場合は、二重線で抹消して証明権者の職印を押印してください。修正液等を使用して修正されている証明書は無効となります。
- 4 証明内容に虚偽があった場合、証明書は無効となり、受講決定後及び研修期間中であっても受講が取り消されます。
研修修了後に発覚した場合、発行された修了証明書は無効となります。
- 5 申込者が実務経験証明書に加筆や修正をした場合、実務経験証明書は無効となります。

〈 記 入 要 領 〉

| 注 意 事 項 | |
|------------------------|--|
| 1) 代表者氏名 | 地域包括支援センターの代表者氏名をご記入ください。 |
| 2) 代表者職印 | 証明権者の職印(代表者印)を捺印してください。 |
| 3) 作成者氏名・連絡先 | 証明書の内容の確認をする場合は、証明書作成者に連絡します。 |
| 4) 証明年月日 | 実務経験を証明された日付を記入してください。記入が無い場合は無効となります。 |
| 5) 受講申込者氏名 | 現在の氏名を記入してください。 ※既に退職されており、勤務時より氏名が異なる場合のみ、旧姓を記入してください。 |
| 6) センター名 | ① 受講申込者が勤務している(していた)地域包括支援センターの名称を記入してください。 ② 勤務している(していた)事業所等が複数ある場合は、事業所ごとに証明書を発行してください。 |
| 7) センターの所在地 | 受講申込者が勤務している(していた)地域包括支援センターの所在地を記入してください。 |
| 8) 本研修の受講における常勤とは | 勤務している(していた)事業所等における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業員が勤務すべき時間数(週32時間を下回る場合は、週32時間を基本とする)に達していることをいいます。 雇用形態(正社員、パート、アルバイト)を問いません。 注) 残業時間や休日出勤の時間は含みません。 注) 『育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律の第9章第23条1項』に該当する者で、当該事業所より所定労働時間の短縮措置等の適応を受けている場合は、当協会にお問い合わせください。 |
| 9) 実務経験期間 (常勤の実務期間) | ① 受講申込者が、常勤として包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務していた期間を証明してください。 ② 現在継続して就業されている場合は、「証明年月日」までの期間を証明してください。 ③ 勤務予定期間は証明いただけません。勤務予定期間が過ぎた後、改めて証明してください。 |