

※ご証明いただく際は次頁の『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】⑤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

下記の者が当事業所において、以下のことを証明します。

施設又は事業所の  
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。連絡先電話番号を必ずご記入ください。										
【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										
<b>介護支援専門員（指定居宅介護支援事業所管理者との兼務を含む）の実務経験</b>										
事業所開設年月日	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日									
事業所番号										
事業所名	※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。									
事業所の 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。									
介護支援専門員として	1	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】							時間/週	
勤務した期間	2	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】							時間/週	
<b>【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資格を有し、 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。】</b>										
① 主任介護支援専門員研修の受講要件【B】⑤としての実務経験期間に算定できるもの 事業所において専従の介護支援専門員として勤務し、他の事業所でも専従の介護支援専門員として勤務した勤務時間の合計が週 32 時間に達している期間。										
② 主任介護支援専門員研修の受講要件【B】⑤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「9)実務経験期間」をご参照ください）。										

**『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。研修終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	「法人の代表者」又は「事業所の代表者」をご記入ください。(法人の規定でいずれかをご記入ください)
2) 代表者職印	① 証明権者の職印(代表者印)を押印してください(例:株式会社〇〇代表者印)。 ② 職印がない場合は、証明権者の実印を押印してください。
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。記入がな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) 事業所開設年月日	① 事業所等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。 ② 事業所等が閉鎖されている場合は、右の余白に閉鎖日を記入してください。
7) 事業所番号	介護保険法で指定を受けた事業所番号を記入してください。 ※法人ではなく、受講申込者が勤務している(していた)事業所等の事業所番号を記入してください。
8) 事業所名	① 受講申込者が勤務している(していた)事業所等の名称を記入してください。 ② 同一法人・団体等であっても、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。 ※事業所番号の変更はなく事業所名称のみ変更の場合は、現在の事業所名を記入し、空白部分に変更日と旧事業所名を記入ください。
9) 事業所の所在地	受講申込者が勤務している(していた)事業所等の所在地を記入してください。 ※事業所番号の変更はなく所在地のみ変更の場合は、現在の所在地を記入し、空白部分に変更日と旧所在地を記入してください。
10) 本研修の受講における介護支援専門員としての実務経験に該当する事業所等	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 ⑥ 介護医療院
11) 本研修の受講における常勤専従とは	① 勤務している(していた)事業所等が就業規則等で定める『常勤職員が勤務すべき時間数』を勤務し、なおかつ、介護支援専門員以外の業務に従事していないことを指します。本研修における介護支援専門員の業務については、本書 12)をご確認ください。 ただし、勤務している(していた)事業所等が就業規則等で定める『常勤職員が勤務すべき時間数』が週 32 時間を下回る場合は、週 32 時間を基本とします。雇用形態(正社員、パート、アルバイト)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。 ② 兼務の期間は、原則算定できませんが、指定居宅介護支援事業所管理者との兼務期間のみ算定の対象となります。それ以外の施設・事業所等の管理者との兼務期間は算定の対象として認められません。また、専任の指定居宅介護支援事業所管理者の期間は算定の対象として認められません。
12) 本研修の受講における介護支援専門員の実務とは	① 事業所等において介護支援専門員として、「介護サービス計画書」又は、「介護予防サービス計画書」の作成業務に従事することを指します。 ② 介護認定の調査業務のみを行っていた場合、利用者やサービス提供事業所との連絡調整のみを行い介護サービス計画書の作成業務に従事していない場合は、本研修における介護支援専門員の実務に該当しません。 ③ ①と管理者・認定調査員・介護職・事務職等との兼務は認められません。ただし、指定居宅介護支援事業所の管理者との兼務のみ本研修における介護支援専門員の実務として認められます。
13) 実務経験期間 (常勤専従の実務期間)	① 受講申込者が、『本研修の受講における「常勤専従の介護支援専門員』として従事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しません。勤務予定期間が過ぎた後、改めて証明してください。

※ご証明いただく際は次頁の『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。

**【記入例】**

**主任介護支援専門員研修 実務経験証明書**  
(【B】⑤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

下記の者が当事業所において、以下のことを証明します。

施設又は事業所の所在地及び名称      △市〇〇区△△町×丁目〇  
株式会社 〇〇  
代表者 氏名      代表取締役 兵庫 一郎

株式会社  
〇〇代  
表者印

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。連絡先電話番号を必ずご記入ください。

【作成者連絡先】 作成者氏名：阪神 太郎      連絡先TEL：〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

証明年月日	令和 8 年 4 月 1 日      (※未記入の場合、証明書は無効となります。)										
フリガナ	タジマ ハナコ										
受講申込者氏名	但馬 花子      (旧姓：播磨)					生年月日	昭和 平成 47年8月10日				
介護支援専門員登録番号	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>介護支援専門員（指定居宅介護支援事業所管理者との兼務を含む）の実務経験</b>											
事業所開設年月日	平成 令和 25年 6月 10日										
事業所番号	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	
事業所名	〇△居宅介護支援事業所（令和 1年 5月 1日 事業所名称変更 旧名称：ケアプラン〇×） 事業所番号変更無し ※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。										
事業所の所在地	〒651-0062 △市〇〇区〇〇通×丁目×番×号      (令和 1年 5月 1日 移転 旧所在地：神戸市〇区〇〇町××) 事業所番号変更無し ※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。										
介護支援専門員として勤務した期間	1	平成・令和	2年 6月 1日	～平成・令和	6年 1月 31日	【 3年 8ヶ月 0日】	35時間/週				
	2	平成・令和	年 月 日	～平成・令和	年 月 日	【 年 ヶ月 日】	時間/週				
<b>【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資格を有し、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。】</b>											
① 主任介護支援専門員研修の受講要件【B】⑤としての実務経験期間に算定できるもの 事業所において専従の介護支援専門員として勤務し、他の事業所でも専従の介護支援専門員として勤務した勤務時間の合計が週 32 時間に達している期間。											
② 主任介護支援専門員研修の受講要件【B】⑤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「9）実務経験期間」をご参照ください）。											