

平成25年度 京都府主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

平成 年 月 日作成

社団法人 京都府介護支援専門員会 会長 様

法人名
事業所名
事業所所在地

法人代表者の職と氏名
(作成・担当者氏名
(作成・担当者連絡先 TEL

印
)
)

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

①氏名			②生年月日	昭和・平成 年 月 日生				
③現在の氏名	※介護支援専門員証と相違のある方のみ記載してください							
④住所								
⑤業務期間 ※ 介護支援専門員として業務したもの全てを記載	事業所名	期間(日まで記入) (一ヶ月未満は切り捨て)	延月数		常勤専従	常勤兼務 管理者 兼務	その他 兼務	休職等 (病休等)
		～		うち 専従	うち 除算分			
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
	小計							
合計			ヶ月 ←60ヶ月以上であることが必要					

注1.「③現在の氏名」欄は、現在の氏名が勤務当時の氏名と異なっている場合に記入して下さい。
注2.「⑤業務期間」欄は、研修申込者が介護支援専門員として業務したもの全てを記載して下さい。(別添記載例参照)
なお、受講要件に係る実務経験として認められる期間は、以下のとおりです。
ア: 「6. 受講対象者」①及び② 常勤専従又は管理者兼務(網掛け部分)のみ
イ: 「6. 受講対象者」④ アに加えて、その他兼務
※休職(病休・育休)等の期間は、実務経験として認められません。

注3.介護支援専門員としての実務経験の範囲は、次の事業所又は施設において、介護支援専門員として就労した(表中グレーの部分)実務経験です。

- 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介護予防サービス事業者 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

※ ただし、これらの事業所又は施設で就労していたとしても、単に要介護認定のための認定調査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だけに従事していた等、サービス計画の作成業務を行っていなかった場合は、実務経験としては認められません(居宅介護支援事業所の常勤専従の管理者については、実務経験として認められます)。

注4.法人の異なる複数の事業所の証明が必要な場合は、コピーして使用してください。
注5.右肩作成日は必ずご記入ください。また未来日の証明は認められません。現在勤務継続中の場合は、「現在就業中」と記載するか、日程を書き込む場合は必ず作成日と同じ日を期間の〆日として記入してください。