

平成 28 年度京都府介護支援専門員専門研修・実務経験者更新研修〔課程Ⅱ〕実務経験証明書

公益社団法人 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

代表者職名

代表者氏名

作成者職名

作成者氏名

作成者連絡先 TEL;

印

当法人・当事業所における、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。

氏 名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
現在の氏名		※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ください。				
住 所						
業 務 期 間	当法人・当事業所において介護支援専門員として業務に従事した期間 (※必ず下記のいずれかの□にチェックしてから期間をご記入いただき、通算年月もご記入ください)					
	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から 証明日 現在も実務に従事中 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで					
	通算 年 月 (※通算の算定;1ヶ月未満は切り捨て)					
証 明 日	平成 年 月 日					

■実務経験について 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、下記の場合は実務経験としては認められません。

1. 要介護認定のための認定調査のみを行っていた場合
2. サービス計画の作成業務を行っていなかった場合(連絡調整のみに従事等)
3. 休職(病休・産休・育休)していた場合

※ 居宅介護支援事業所の管理者については、実務経験として認められます。

■実務経験証明書の作成における注意点

- ※ 代表者氏名・押印は、本証明書の実務期間の証明に責任を取っていただける方を記入し押印してください。
- ※ 複数の実務経験証明書が必要な場合は、コピーして使用してください。
- ※ 記入ミスは、二重線を引き、訂正印を押すか、新しく作成しなおしてください。
- ※ 証明事項の記載漏れは、差し戻しとなり、再度の作成・提出いただくことになります。
- ※ 業務期間の証明は、更新研修対象者の方は直近(有効期間内(5年間)において1日以上あれば可)、専門研修対象者の方は通算3年以上が必要となります。