

平成 29 年度京都府〔主任〕介護支援専門員研修 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  
 代表者職名  
 代表者氏名  
 事業所名  
 事業所所在地  
 作成者職名  
 作成者氏名  
 作成者連絡先

法人  
 代表者印

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		延べ月数 (1ヶ月未満切り捨て)		該当する箇所に○					
下記 種別 番号	事業所名	介護支援専門員として 業務に従事した期間 (年.月.日まで記入)		うち 従事分	うち 除算分	常勤 専従 ①	常勤兼務		退職等 (病休) (産休)
		年 月 日	年 月 日				居宅 管理者 兼務②	その他 兼務③	
		年 月 日	年 月 日	ヶ月	ヶ月	ヶ月			
		年 月 日	年 月 日	ヶ月	ヶ月	ヶ月			
		年 月 日	年 月 日	ヶ月	ヶ月	ヶ月			
		年 月 日	年 月 日	ヶ月	ヶ月	ヶ月			
証 明 日		平成 年 月 日		計	※	※実務経験として60ヶ月以上必要			

■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所
- ③小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、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所
- 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所
- 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所
- ⑦介護予防支援事業所
- ⑧地域包括支援センター(※保健師または看護師、及び社会福祉士等として届出されている者を除く)

※この証明書は必ず次ページ【記入についてのご注意】をよく読んでから作成してください

【記入についてのご注意】

1. 実務経験として認められる期間について

- ・開催要綱 4. 受講対象者<受講区分>の<1><2><3>の方;常勤専従①、居宅管理者兼務②のみ
- ・開催要綱 4. 受講対象者<受講区分>の<4>の方;上記に加え、その他兼務③
- ※主任介護支援専門員研修FAQも合わせてご確認ください

2. 実務経験として認められない期間について

- ・要介護認定のための認定調査のみを行っていた場合
- ・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)
- ・休職(病休・産休・育休等)していた場合

予防給付のケアマネジメントと総合事業の介護予防ケアマネジメントの両方を担当している場合は、専任として算定期間に含まれます。※1 どちらか一方の勤務実績を記入してください

◇業務期間記入例

業務期間	事業所名	介護支援専門員として業務に従事した期間(年.月.日まで記入)	延べ月数 (1ヶ月未満切り捨て)			該当する箇所に○			休職等 (病休) (産休)
			うち 従事分	うち 除算分	常勤 専従 ①	居宅 管理者 兼務②	その他 兼務③		
①	□□居宅介護支援事業所	平成18年4月15日～平成19年6月24日	14 ヶ月	14 ヶ月	ケ月	○			
①	□□居宅介護支援事業所	平成19年6月25日～平成20年3月31日	9 ヶ月	9 ヶ月	ケ月				○
	訪問看護ステーション □□	平成20年4月1日～平成22年3月31日	24 ヶ月	24 ヶ月	ケ月			○	
①	□□居宅介護支援事業所	平成22年4月1日～平成26年5月20日	49 ヶ月	49 ヶ月	ケ月		○		
証明日	平成 26年 5月 20日		計	96	63	33	実務経験は60ヶ月以上が必要		

専任の介護支援専門員として従事した期間

兼任の場合や看護師等の他職種による従事期間

実務経験証明書の下記に記載の事業所又は施設①～⑧のうち、該当する番号を記入してください

継続して就業中の場合、業務期間の終了日と証明日は同じ日を記入してください

・地域包括支援センターの勤務で保健師または看護師、社会福祉士等として市町村に届出されていた期間、  
※1以外の業務に従事していた期間  
・施設等勤務で他業務との兼務をしていた期間  
以上は算定期間には含まれません

◇実務経験証明書の作成における注意点

- ・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、再度作成・提出していただくことになります。

◇よくあるお問い合わせについて

Q1.代表者職名、代表者氏名、法人代表者印は？

A1.主任介護支援専門員研修の実務経験証明書は、原則法人代表者印を押印の上、法人代表者職名、法人代表者氏名をご記入ください。

Q2.実務証明期間の終了日は？現在も就業中で、今後も継続する予定ですが…

A2.終了日が証明日より後にならないよう留意願います。継続して就業中の場合、業務期間の終了日と証明日は同じ日を記入してください。

Q3.前の職場の証明書も必要ですか？

A3.当研修の受講要件として、実務経験が60か月以上必要です。現在就業中の事業所だけで、60ヶ月に満たない場合、実務経験を充足させる分の事業所の証明書がすべて必要となります。