

平成 30 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 I 〕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

法 人 名

事 業 所 名

事業所所在地

代表者職名

代表者氏名

代表者  
印

(作成者)職名

氏名

TEL;

当法人・当事業所における、下記の者の実務経験(※1)(※2)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						
事業所種別	下記①～⑧から該当する番号にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧					
証明する期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 証明日まで(現在も実務に従事) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 まで この期間から(※2)を除く、 <u>通算</u> 年 月 ※1ヶ月未満は切り捨て					
証 明 日	平成 年 月 日					

(※1)実務経験とは、下記の事業所または施設において、介護支援専門員としてケアマネジメント業務(アセスメントからモニタリングまでの一連)に従事したことをいいます。

単に、要介護(支援)認定のための認定調査や、利用者・サービス提供事業者との連絡調整業務のみに従事しているような場合は、実務経験として認められません。

- |  |
|--|
| ①居宅介護支援事業所<br>②特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業所<br>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<br>④介護保険施設<br>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<br>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<br>⑦介護予防支援事業所<br>⑧地域包括支援センター |
|--|

(※2)休職(病休・産休・育休)していた期間は実務経験として認められません。

■実務経験証明書の作成における注意点

- ・代表者氏名・代表者印は、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。
- ・証明事項に記載もれがあった場合は、再度提出いただくこととなりますのでご注意ください。