

平成 30 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

法 人 名

代表者 職 名

代表者 氏 名

事 業 所 名

事業所所在地

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										
証 明 期 間	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) ※非常勤除く	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 算定分	うち 除算分	A 専従	B 居宅 管理者	C その他		
			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				

(※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
- 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

(※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。

<【記入方法】・【証明期間記入例】・【作成における注意点】をご確認のうえ作成してください。>

【記入方法】 ※主任介護支援専門員研修FAQも合わせてご確認ください。

1. 算定方法について

- 主任介護支援専門員研修の実務経験証明書は、常勤勤務の期間のみ算定期間に含まれます。
- 開催要綱 4. 受講対象者【受講区分】別の実務経験として認められる期間について
 - ・<1><2><3>に該当する方；A専従、B兼務(居宅管理者のみ)を算定期間に含まれます。
 - ・<4>に該当する方；A専従、B兼務(居宅管理者)、Cその他を算定期間に含まれます。

2. 証明期間について

- 「介護支援専門員として業務に従事した期間」の終了日が、証明日に記入した日付よりも後にならないように注意してください。
- 証明日や証明期間を未来の日付で作成しないでください。
- 現在も継続して就業中の場合は、「介護支援専門員として業務に従事した期間」の終了日と証明日を同じ日付で記入してください。

3. 証明者について

- 主任介護支援専門員研修の実務経験証明書は、法人名、代表者職名、代表者氏名、法人代表者印は必須です。法人印では証明となりません。

【証明期間記入例】

実務経験証明書記載の(※1)(※2)と主任介護支援専門員FAQに従って算定される月数

専任の介護支援専門員として従事した期間主任介護支援専門員FAQのQ1.参照

証明期間		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) ※非常勤除く	延べ月数 (1ヶ月未満切り捨て)			該当する箇所○			休職等 (病休) (産休)
			うち 算定分	うち 除算分	A 専従	B 居宅 管理者	C その他		
①	□□居宅介護支援事業所	平成22年4月15日～ 平成23年6月24日	14 ヶ月	14 ヶ月	ヶ月	○			
①	□□居宅介護支援事業所	平成23年6月25日～ 平成24年3月31日	9 ヶ月	9 ヶ月	ヶ月				○
	訪問看護ステーション □□	平成24年4月1日～ 平成26年3月31日	24 ヶ月	ヶ月	24 ヶ月			○	
①	□□居宅介護支援事業所	平成26年4月1日～ 平成30年4月20日	48 ヶ月	48 ヶ月	ヶ月		○		
証明日		平成 30年 4月 20日	計	95	※62	33	※実務経験は60ヶ月以上が必要		

実務経験証明書の下部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付を記入してください

算定期間に含まない兼務

- ・地域包括支援センター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
- ・施設等勤務で他業務との兼務をしていた期間

【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。