

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 また は
事 業 所 名

所 在 地

(代表者)職 名

氏 名

(作成者)職 名

氏 名

(※作成者に連絡がとれる電話番号；

代表者印

①氏名		②生年月日	昭和 平成	年	月	日
③現在の氏名	※①氏名(勤務当時)と異なっている場合に記入してください。					
④事業所名 ※複数記入可能						
⑤事業所種別	※下記1～7で該当する事業所種別番号にチェックをしてください(複数記入可能) ☐ 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(地域包括支援センター)					
⑥介護支援専門員として勤務した期間	年 月 日 から		☐ ⑧証明日まで(現在も実務に従事) ☐ 年 月 日 まで			
⑦実務経験月数 ※1ヶ月未満は切り捨て (例:5ヶ月20日の場合→5ヶ月)	a. ⑥の期間のうち、 実際に業務に従事した月数(※1) ヶ月		b. 実務経験から 除外する月数(※2) ヶ月			
	b.がある場合のみ、理由を記入してください (例:介護職として勤務していた、休職期間のため…など)					
⑧証明日	上記のとおり、当事業所における介護支援専門員としての実務経験を証明します。 年 月 日					

(※1) ⑤1～7の事業所または施設において、実際に介護支援専門員としてアセスメントからモニタリング・評価までの一連(以下、ケアマネジメント業務)に従事した月数を記入してください。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、本証明書では実務経験に含みません。

(※2) ⑥の期間において、別の業務を担当する等でケアマネジメント業務に従事していなかった期間、また休職(病休・産休・育休)していた期間を記入してください。

- 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(代表者印)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になりますのでご注意ください。