

平成24年度 介護支援専門員実務従事者基礎研修 実務経験証明書

平成 年 月 日

社団法人 京都府介護支援専門員会 会長 様

法人及び事業所名

所在地

代表者職・氏名

印

(担当・作成者氏名

)

(担当・作成者連絡先 TEL

)

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。

①氏 名		②生年月日	昭和・平成	年	月	日生
③現在の氏名						
④住 所						
⑤業務期間 (介護支援専門員として 従事したものを記載)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 通算 年 月 (※算定するとき、1ヶ月未満の部分は切り捨てとする)					

■作成の前に必ずお読みください。

- 注1 「③現在の氏名」欄は、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。
注2 「⑤業務期間」欄は、研修申込者が介護支援専門員として業務に従事した直近の期間を記載してください。
注3 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、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居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、これらの事業所又は施設で就労していたとしても、単に要介護認定のための認定調査のみを行っていた場合や、利用者やサービス提供事業者との連絡調整だけに従事していた等、サービス計画の作成業務を行っていなかった場合は、実務経験としては認められません。(居宅介護支援事業所の常勤専従の管理者については、実務経験として認められます)また休職(病休・産休・育休)等の期間は実務経験として認められません。

注4 複数の証明が必要な場合は、コピーして使用してください。