

(様式1)

「令和5年度 沖縄県主任介護支援専門員研修」実務経験証明書

証明年月日：令和5年 月 日

※ 法人等団体名： \_\_\_\_\_  
※ 代表者氏名： \_\_\_\_\_ 印  
※ 法人所在地：〒 \_\_\_\_\_  
※ 作成担当者氏名： \_\_\_\_\_  
(連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

下記の者は、標記研修の受講を申し込むにあたり、常勤専従の介護支援専門員として、以下のとおり実務に従事した経験を有する事を証明します。

ふりがな		生年月日	(昭和・平成) 年 月 日	介護支援専門員登録番号
申込者氏名				
事業所又は施設名				
事業所又は施設の所在地	〒 _____			
①実務従事期間 常勤専従の介護支援専門員として従事した期間	①	年 月 日 ~ 年 月 日 【 年 ヶ月 日】		
	②	上記①のうち、産休・育休・休職などにより業務に従事なかった期間 年 月 日 ~ 年 月 日 【 年 ヶ月 日】		
	③	実務従事期間 ①-② 【 年 ヶ月 日】		
常勤時間数確認	貴事業所における常勤時間数：週 ( ) 時間		申込者の勤務時間数：週 ( ) 時間	
※常勤時間数とは、就業規則等で事業所ごとに定められている時間数				
≪同一法人内の別事業所での業務経験を有する場合は、以下に記載してください。≫				
②実務従事期間 常勤専従の介護支援専門員として従事した期間	事業所名等			
	①	年 月 日 ~ 年 月 日 【 年 ヶ月 日】		
	②	上記①のうち、産休・育休・休職などにより業務に従事なかった期間 年 月 日 ~ 年 月 日 【 年 ヶ月 日】		
③	実務従事期間 ①-② 【 年 ヶ月 日】			
常勤時間数確認	貴事業所における常勤時間数：週 ( ) 時間		申込者の勤務時間数：週 ( ) 時間	
※常勤時間数とは、就業規則等で事業所ごとに定められている時間数				
【備考】				

【記入上の注意】

- ①申込者が自書した場合は無効となります。但し、申込者と証明権限を有する者が同一の場合はこの限りではない。必ず事業所等の代表者等、証明権限を有する方が作成してください。
- ②印欄には、証明権者の公の印を押印して下さい。個人経営等で個人印を公印（職印）として使用されている場合は、備考欄にその旨記入してください。
- ③訂正する場合は、二重線で抹消して証明権者の職印を押印してください。修正液等を使用して修正されている証明書は無効となります。
- ④複数の事業所での従事期間を算定するときは、各事業所から実務経験証明書の発行を受けてください。  
※「実務経験証明書の作成についてのお願い」もご確認ください。