（様式3）

**介護支援専門員実務経験証明書**

（受講要件【4】で申し込まれる方）

令和　　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、主任介護支援専門員研修の受講を申し込むにあたり、地域包括支援センターにおいて、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 |  | |  |
| 地域包括支援センター名 |  | | | | |
| 事業所又は  施設の所在地 | 〒　　― | | | | |
| **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 | 介護支援専門員として従事した期間  　①　－　②　　【　　　　年　　　ヶ月　　　　日】 | | | |
| **【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とが同一の場合はこの限りではない。必ず事業等の代表者等、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になります。  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。  **⑤（様式4）推薦書も併せて提出してください。** | | | | | |