

(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)	介護支援専門員登録番号
申込者氏名		年 月 日	年 月 日	
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。