

実務経験証明書

フリガナ				
受講申込者氏名				
受講申込者の 介護支援専門員登録番号				
生年月日	昭和 年 月 日生			
介護支援専門員 としての従事期間	従事期間	事業所番号	事業所名	勤務形態（該当に○） ※勤務形態一覧表をご確認ください
	年 月 日から 年 月 日まで			専任（常勤専従） ・ 兼務（常勤）
	年 月 日から 年 月 日まで			専任（常勤専従） ・ 兼務（常勤）
	年 月 日から 年 月 日まで			専任（常勤専従） ・ 兼務（常勤）
	年 月 日から 年 月 日まで			専任（常勤専従） ・ 兼務（常勤）
備考				

注意：申込日までの期間について記入・証明してください。

なお、申込日以後に従事期間の要件を満たす場合は、備考欄にその旨を記載し、要件を満たした段階で再度提出してください。

上記のとおり勤務したことを証明します。

平成 年 月 日

（所在地）

（法人等団体名）

（代表者職氏名）

印

担当者氏名

連絡先電話番号

【添付書類】

この証明書に記入の従事期間を証明する、

- ・勤務に関する指定申請書（別記第1号様式）

又は変更届出書（別記第4号様式）の写し

（※申込者に関わる届出がない場合は提出の必要はありません。）

- ・従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表の写し（採用、変更、退職等の月）

- ・従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表の写し（直近の月）

（受講申込者以外の職員に係る記載は、黒く塗りつぶすこと。）

【記入にあたっての注意事項】

- ・この証明書は、必ず証明権限を有する者が記入してください。
- ・複数の事業所に勤務し、証明権限を有する者が異なる場合は、証明者ごとに作成してください。
- ・病気休業や育児休業等による休職期間は除外してください。
- ・記入内容を訂正する場合は、訂正印を押印してください。

※実務経験の記載等を偽るなどの不正が確認された場合は、受講決定を取り消します。

研修修了後に不正が確認された場合は、修了者名簿より削除しますので、ご注意ください。