（提出前にコピーをとり、お手元に保管ください。）

実 務 経 験 証 明 書

令和　6　年　　月　　日

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長　様

所　　在　　地
（電 話 番 号）
法　　人　　名
代 表 者 氏 名　　職印

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。

氏名（被証明者）		生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日
事業所（施設）名			
事 業 所 区 分	□居宅介護支援事業所　□地域包括支援センター □特定施設入居者生活介護　□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 □地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護　□看護小規模多機能型居宅介護 □指定介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設 □介護医療院　□その他（　　）		
事業所の所在地	〒	電話番号	
		FAX 番号	
介護支援専門員実務経験期間※２	平成・令和　　年　　月　　日 ～平成・令和　　年　　月　　日（　　年　　ヶ月）		

業 務 内 容 等	上記事業所（施設）・上記期間において介護支援専門員業務をしている		□はい・□いいえ
	「はい」にチェックの方	アセスメント～ケアプラン作成等（給付管理）をしている	□はい・□いいえ
	①	上記事業所（施設）・上記期間において**「常勤」**の介護支援専門員である 注)「常勤」とは、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする）に達していることをいう。ただし、育児・介護休業法による短時間勤務制度等により、週 30 時間以上勤務する場合は「常勤」と扱う。	□はい・□いいえ
	②	上記事業所（施設）・上記期間において**「専従」**の介護支援専門員である 注)「専従」とは、業務時間帯を通じて当該業務以外の職務に従事しないことをいう。この場合の業務時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間をいう。(指定居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定可)	□はい・□いいえ
	③	②で「いいえ」にチェックの方	「在宅介護支援センター」において兼務している　□はい・□いいえ 事　業　所　名（　　） 所　在　地（　　） ＴＥＬ／ＦＡＸ（　　） 業　務　内　容（　　） 兼　務　期　間（　　）
	④	③で「いいえ」にチェックの方	下記の研修において講師の実績がある　□はい・□いいえ 実施年度・研修名（　　） 研　修　内　容（　　） 対象者・受講者数（　　） 実　施　主　体（　　） ＴＥＬ／ＦＡＸ（　　）

※１　職印は、法人の代表者印を押印してください。
※２　介護支援専門員の実務経験とは、介護支援専門員として就労し、居宅（施設）サービス計画の作成等を行うことです。また、現在勤務している事業所が実務経験証明をする場合、実務経験期間は基準日（R6.4.1）までの期間を記載してください。
※３　２か所以上の実務経験証明書が必要な場合、本様式をコピーして使用してください。
※４　産休・育休・病休等は従事期間に含みません。