

(提出前にコピーをとり、お手元に保管ください。)

※ 直営の場合は市町村、委託の場合は受託法人が作成

実務経験証明書(受講対象者ウ(主任介護支援専門員に準ずる者)用)

令和 7 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)

市町村名/法人名

市町村長名/代表者名

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
地域包括支援センター名				
センターの所在地	〒			
電話番号				
介護支援専門員実務経験期間※	平成・令和 年 月 日 ～平成・令和 年 月 日	(年 ヶ月)		
業務内容等	上記期間の職名			
	上記期間において介護支援専門員業務(アセスメント～ケアプラン作成(給付管理)等)をしている	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	上記期間の勤務形態 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。	<input type="checkbox"/> 常勤・ <input type="checkbox"/> 非常勤		
	「非常勤」にチェックの方	週の勤務時間	時間	
	上記期間の従事形態 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)	<input type="checkbox"/> 専従・ <input type="checkbox"/> 兼務		
	「兼務」にチェックの方	兼務先名		
	① ケアマネジメントリーダー養成研修の修了者である	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
② ①で「いいえ」にチェックの方 上記の者は、センターが育成計画を策定し、将来的な主任介護支援専門員を目指す職員である	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ			

※ 介護支援専門員の実務経験とは、介護支援専門員等として就労し、介護予防サービス計画の作成等を行うことです。また、現在勤務しているセンターが実務経験証明をする場合、実務経験期間は基準日(R7.4.1)までの期間を記載してください。

※ 育成計画を策定している場合に限り、実務経験期間に育児休業、介護休業等の期間を含めても差し支えありません。