（様式1） 　　　　令和7年度　島根県主任介護支援専門員研修

介護支援専門員実務経験証明書

令和　　年　　月　　日

島根県社会福祉協議会　会長　小林　淳一　様

≪証明者≫

事業所名

事業所所在地

代表者名

印

下記の者の介護支援専門員としての実務経験を以下のとおり証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| （生年月日　　　　　年　　　月　　　日） |
| 介護支援専門員として実務に従事した期間【A】 | 自　　平成・令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日至　　平成・令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　期間：　　　　　年　　　　　　ヵ月 |
| 上記の期間Aにおける就業状況※該当の□に☑をしてください | □ | １．専任（介護支援専門員）　 |
| □ | ２．介護支援専門員と管理者の兼任 |
| □ | ３．介護支援専門員と他職種（管理者を除く）との兼任　　　（３の期間：　　　　年　　　　ヵ月） |

１.実務経験証明にあたっては必ず証明権限を有する者が記入し、職印を押印してください

２.専任とは常勤専従を指します。

３.介護支援専門員の業務とは、介護支援専門員が配置される事業所等において居宅サービ

ス計画または施設サービス計画を作成する業務を指します。

４.日数の端数は３０日を１か月とし、３０日未満は切り捨てで記入してください。

５.証明者が異なる複数の事業所での従事期間を合算する場合は本様式をそれぞれ記入してください。