

在職証明書記入要領

1. 以下に該当する在職証明書は、無効とみなします。

①受講申込者が自書したもの

(申込者と証明権限を有する者とが同一で、担当者が別人である場合を除く)

②代表者印のないもの

※「代表者印」とは、理事長や会長などの登記している法人代表者の印となります。

③名称、事業所番号、所在地の記入漏れ及び不明なもの

④訂正事項について証明権限を有する者の訂正印のないもの

(修正液等の使用による訂正等は無効です。)

⑤証明年月日が抜けているもの

2. 証明書を記入する際は、以下にご留意ください。

①「令和3年7月時点のケアプラン作成件数」は、令和3年7月時点で、介護支援専門員としてケアプランを作成している件数(担当している利用者数)を記載してください。

②「居宅介護支援事業所の管理者」又は「市町村が設置する介護保険関係の相談窓口等において、地域の介護支援専門員からの相談・支援等の業務に**介護支援専門員として専任**で従事しており、市町村長の推薦がある者」を除き、**「ケアプラン作成件数」欄が「0」の場合は、研修の受講は原則できません。**

※「居宅介護支援事業所の常勤専従の管理者」又は「市町村が設置する介護保険関係の相談窓口等において、地域の介護支援専門員からの相談・支援等の業務に**介護支援専門員として専任**で従事しており、市町村長の推薦がある者」は、在職証明書の該当する欄において「はい」を選択してください。

※「市町村が設置する介護保険関係の相談窓口等において、地域の介護支援専門員からの相談・支援等の業務に**介護支援専門員として専任**で従事しており、市町村長の推薦がある者」は、本在職証明書その他、市町村長による受講推薦書(別紙4)の提出も必要です。

②証明書の証明日は、必ず記入してください。(主任研修申込期間内で証明してください)

③代表者氏名は職名を記入し、使用する職印は、「代表者印」を使用してください。

④「連絡先電話番号」「担当者氏名」は、証明書への記載内容を担当者に確認するためのものですので、必ず記入してください。

⑤記入例を参考にして、作成してください。

在 職 証 明 書

氏 名												
生 年 月 日				年			月			日		
現 住 所	〒											
介護支援専門員登録番号												
令和3年7月時点のケアプラン作成件数						件						
令和3年7月時点のケアプラン作成件数が「0」の者のみ記入	居宅介護支援事業所の管理者である							はい ・ いいえ				
	市町村が設置する介護保険関係の相談窓口等において、地域の介護支援専門員からの相談・支援等の業務に 介護支援専門員として専任 で従事しており、市町村長の推薦がある（別紙4を必ず提出すること）							はい ・ いいえ				

上記の者は、証明日現在、当法人等団体・事業所にて実務に従事する介護支援専門員であることを証明します。

令和3年 月 日

法人等団体の名称										
法人等団体の所在地	〒									
代表職・氏名	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 代表者 印 </div>									
現在勤務中の事業所の事業所番号 (市町村長の推薦がある場合のみ、省略可)										
現在勤務中の事業所名										
連絡先電話番号	()									
担当者氏名										

【注意】 裏面の記入要領をよく読んでから、記入してください。

- ①令和3年7月時点のケアプラン作成件数を必ず記入してください。
- ②証明書の日付は必ず記載してください。(主任研修申込期間内で証明してください)

記入例

令和3年度大阪府主任介護支援専門員研修

別紙2


在職証明書

氏名	大阪 協会						
生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日						
現住所	〒540-0008 大阪府大阪市中央区大手前1-7-31 OMMビル3階						
介護支援専門員登録番号	2	7	0	0	0	0	0
令和3年7月時点のケアプラン作成件数	30件						
令和3年7月時点のケアプラン作成件数が「0」の者のみ記入	居宅介護支援事業所の管理者である				はい ・ いいえ		
	市町村が設置する介護保険関係の相談窓口等において、地域の介護支援専門員からの相談・支援等の業務に 介護支援専門員として専任 で従事しており、市町村長の推薦がある（別紙4を必ず提出すること）				はい ・ いいえ		

上記の者は、証明日現在、当法人等団体・事業所にて実務に従事する介護支援専門員であることを証明します。

証明した日を記入

令和3年 〇月 〇日

法人等団体	公益社団法人 大阪介護支援専門員協会						
法人等団体の所在地	〒540-0008 大阪府大阪市中央区大手前1-7-31 OMMビル3階						
代表職・氏名	会長 大阪 太郎				理事長や会長などの登記している法人代表者の印を押印。施設長や管理者の印ではないことに注意。 		
例：理事長、会長、代表理事、社長、代表などの法人代表者の職・氏名を記載。 省略可)	0	0	0	0	0	0	0
現在勤務中の事業所名	〇〇ケアプランセンター						
連絡先電話番号	06	(6943)	0577		
担当者氏名	協会 次郎						

証明書作成の担当者氏名と連絡先を記載。

【注意】 裏面の記入要領をよく読んでから、記入してください。

- ①令和3年7月時点のケアプラン作成件数を必ず記入してください。
- ②証明書の日付は必ず記載してください。（主任研修申込期間内で証明してください）