

専任・常勤実務経験証明書記入要領

1. 無効となる専任・常勤実務経験証明書
 - 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が同一で、担当者が別人である場合を除く)
※担当者は必ずしも、介護支援専門員または、管理者である必要はありません。
 - ②証明権限を有する代表者印のないもの
 - ③名称、事業所番号、所在地、実務従事期間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証明書としては無効となります。)
2. 複数の事業所で従事経験がある場合は、それぞれの勤務先の専任・常勤実務経験証明書が必要です。
3. 結婚等により、専任・常勤実務経験証明書と受講申込書の氏名が異なる場合には、戸籍抄本（原本）を添付してください。
4. 専任・常勤実務経験証明書を作成する際は、次の作成要領に注意のうえ作成してください。
 - ①実務経験証明書の証明日は、必ず記入してください。
 - ②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。
 - ③「担当者氏名」は、専任・常勤実務経験証明書で記入した就業状況について、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。
 - ④「申込者氏名」欄は、勤務時の氏名を記入してください。
 - ⑤「名称」欄は、受講申込者が所属する又は所属した事業所名等を記入してください。
 - ⑥「所在地」欄は、事業所等の住所を記入してください。
 - ⑦「実務従事期間」欄は、受講申込者が専任の介護支援専門員として実務に従事した期間、かつ、常勤の介護支援専門員として実務に従事した期間を記入してください。
 - ⑧「実務従事期間合計」欄は、病気休業や育児休業等による休職期間を除いた期間で、専任期間と常勤期間が重複した期間を記入してください。

《介護支援専門員の実務経験の定義等について》

- 下記の事業所又は施設において介護支援専門員として、居宅サービス計画書等の作成を行うことを指します
- ◀ 下記の事業所又は施設で就労していたとしても、単に要介護認定の調査業務のみを行っていた場合や、利用者やサービス提供事業者との連絡調整のみを行っており、居宅サービス計画書等の作成をしていなかった場合は、実務経験として認められません。
 - ◀ 指定居宅介護支援事業所における管理者については、兼務可と認められます。

＝事業所・施設一覧＝

- ①居宅介護支援事業所
- ②特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者
- ③小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、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及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る地域密着型サービス事業者
- ④介護保険施設
- ⑤介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業者
- ⑥介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護予防サービス事業者
- ⑦介護予防支援事業者
- ⑧地域包括支援センター

令和3年度大阪府主任介護支援専門員研修

専任・常勤実務経験証明書

公益社団法人大阪介護支援専門員協会

会長 濱田 和則 様

令和 年 月 日

法人等団体の 名称・所在地	
	〒
代表職・氏名	
担当者氏名	
連絡先電話番号	

代表者
印

下記の者は、標記研修の受講を申し込むに当たり、令和3年11月7日までの期間において、専任・常勤の介護支援専門員として、以下のとおり実務に従事した経験を有すること（予定含む）を証明します。

（募集要項の「10 介護支援専門員の実務経験のルールについて」をご確認のうえ、記入してください。）

（証明日から受講開始前日までの予定を含めて受講条件を満たす場合は研修初日に別の証明書様式提出を依頼します）

フリガナ	
申込者氏名	
生年月日	年 月 日
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒
実務従事期間	<u>専任かつ常勤の介護支援専門員として実務に従事していた期間を記入してください。</u>
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	実務従事期間合計（ 年 ヶ月）
	※実従事期間のうち、1ヶ月に満たない部分は切り捨てます。また、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。 ※専任かつ常勤の期間を必ず記載して下さい。

記載要領と記入例をよく読み、正確に記入して下さい。

令和3年度大阪府主任介護支援専門員研修

専任・常勤実務経験証明書

公益社団法人大阪介護支援専門員協会

会長 濱田 和則 様

証明した日を記入

令和 3年 〇月 〇日

法人等団体の名称・所在地	公益社団法人 大阪介護支援専門員協会 〒540-0008 大阪府大阪市中央区大手前1-7-31OMMビル3階
代表職・氏名	会長 大阪 太郎
担当者氏名	協会 次郎
連絡先電話番号	06-6943-0577

理事長や会長等の登記している代表者の印を押印。施設長や管理者の印ではありません。



証明書の作成担当者氏名と連絡先を記載。

下記の者は、標記研修の受講を申し込むに当たり、令和3年11月7日までの期間において、専任・常勤の

【例】

H20/4/1	H22/4/1	H23/4/1	H27/4/1	H28/4/1	H30/4/1	R3/4/19
専任			常勤			

フリガナ	オオサカ キョウカイ
申込者氏名	大阪 協会
生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日
事業所番号	2 7 0 0 〇 〇 〇 〇
事業所名称	〇〇ケアプランセンター
	〒594-0008 大阪府大阪市中央区大手前1-7-31 OMMビル3階
実務従事期間	<p><u>専任かつ常勤の介護支援専門員として実務に従事していた期間を記入してください。</u></p> <p>平成20年 4月 1日 ~ 平成22年 3月 31日 平成23年 4月 1日 ~ 平成27年 3月 31日 平成28年 4月 1日 ~ 平成30年 3月 31日 実務従事期間合計 (8年 0ヶ月)</p> <p>※実従事期間のうち、1ヶ月に満たない部分は切り捨てます。また、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。 ※専任かつ常勤の期間を必ず記載して下さい。</p>

常勤かつ専任の介護支援専門員として勤務した期間を記入して下さい。
上記の例の場合は、次の通りの期間になります。

記載要領と記入例をよく読み、正確に記入して下さい。