様式2

# 平成 28 年度介護支援専門員
# 「更新研修(専門研修課程Ⅱ)」・「専門研修(専門研修課程Ⅱ)」
# 実務従事期間証明書

次の者は、下記のとおり当法人の事業所（施設）において介護支援専門員の業務に従事している（従事していた）ことを証明します。

記

| 介護支援専門員登録番号（８桁） | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

介護支援専門員証
有効期間満了日　　平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所(施設)名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

従事期間　　平成＿＿年＿＿月＿＿日から平成＿＿年＿＿月＿＿日まで

従事年月　　＿＿年＿＿カ月　　（ 現任 ・ 現任ではない ）※○で囲む

平成　　年　　月　　日

法人名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者(役職・氏名)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿代表者印
(法人の代表者印)

＜留意事項＞

① 本書の証明者は、理事長等の証明権限を有する法人の代表者となります。

② 記載内容を訂正する場合は、必ず**上記証明印を押印**してください。(訂正印のないものや修正液での訂正は証明書として無効となります)

③ 専門研修の受講要件として、「現任」且つ「３年以上の従事期間」が必要となります。
３年に満たない時は、見込みとして研修受講日前日までを記入してください。

④ 更新又は専門いずれの場合でも、現任の方は従事期間の終期には証明日を記入し、従事年月は証明日までの期間とする。

⑤ 「要介護認定のため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補助的に行っていたのみで、サービス計画書の作成を行っていない場合」はいずれも従事期間には含まれません。

⑥ １ヵ月に満たない日数は端数切り上げ(１ヵ月)とし、産休・育休・病休など１ヵ月以上の長期休暇の期間は除いてください。

⑦ １事業所で必要年数が満たない場合は、過去に従事していた事業所ごとに証明書を添付し、必要年数を充足してください。