様式2

**令和５年度　新潟県介護支援専門員「更新研修」・「専門研修」**

**専門研修課程Ⅰ　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）

登録の都道府県

介護支援専門員証

平成

令和

有効期間満了日　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

氏　　　　　　　名

事業所（施設）名

* 現任

従事期間

平成

令和

　　　 年　　　月　　　日から従事している

（該当に☑し、期間

　を記入）

* 現任ではない

平成

令和

　　　 年　　　月　　　日から　　　 年　　　月　　　日まで従事していた

従事年月　　　 　　　 　　年　　 　カ月

令和　　　 年　　　 月　　　 日

法　　人　　名

役職・代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　代表者印

　　（法人の代表者印）

＜留意事項＞

※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）

※１カ月に満たない日数は端数切り上げ(１カ月)とし、産休(育休)・病休など１カ月以上の長期休暇の期間は除い

てください。

※「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。

※必要従事期間が満たされていれば、１事業所の証明のみで結構です。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。

【専門研修の場合】:現任且つ実務従事年数が６カ月以上の証明

６カ月に満たない場合は研修受講日前日（６月26日）までを見込みとして記入してください。

【更新研修の場合】：現在の専門員証交付日以降での実務従事経験が１日以上あることの証明