

【複数の実務経験証明書が必要な時は、この様式を複数枚用意して、それぞれに記載してください。】

届出様式 2

平成29年度 群馬県主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

平成 年 月 日

所在地 _____

法人等団体名 _____

代表者氏名 _____ 印

作成担当者氏名 _____

(連絡先電話番号 _____ - _____ - _____)

下記の者は、標記研修の受講を申し込むにあたり、次のとおり介護支援専門員として従事した期間を有することを証明します。

ふりがな		生年月日
申込者氏名		昭和・平成 年 月 日生
介護支援専門員 登録番号		
事業所名		
	事業所番号	
所在地	〒 _____	
専任(常勤かつ専従)の 介護支援専門員として 従事した期間	① 平成 年 月 日～平成 年 月 日まで (年 か月)	
	② ①の内、産休・育休・休職などにより業務に従事しなかった期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日まで (年 か月)	
	③ 実務従事期間 ① - ② (年 か月)	
兼務の介護支援専門員 として従事した期間 (兼務した職名)	① 平成 年 月 日～平成 年 月 日まで (年 か月)	
	② ①の内、産休・育休・休職などにより業務に従事しなかった期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日まで (年 か月)	
	③ 実務従事期間 ① - ② (年 か月)	

※通算した従事期間は、1か月に満たない端数は切り捨ててください。
※勤務期間については平成29年3月31日までのものを記載してください。
※必ず「介護支援専門員の実務経験の定義等について」をご確認いただき、
ご記入をお願いします。

《介護支援専門員の実務経験の定義等について》

1 介護支援専門員の実務経験

下記の事業所又は施設において『介護支援専門員として介護サービス計画書の作成を含む一連のケアマネジメントを行う』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る場合や、利用者・サービス提供事業者との連絡調整のみを補助的に行う等、介護サービス計画書の作成を行っていない場合は、実務経験として認められません。

＝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、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 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設
- 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
- ⑨ 看護小規模多機能型居宅介護に係る地域密着型サービス事業者
- ⑩ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護に係る地域密着型サービス事業者

2 専任の介護支援専門員の従事期間

①専任の介護支援専門員とは、常勤専従の配置の者であり介護支援専門員以外の職務に就いていない者として扱います。ただし、居宅介護支援事業所に勤務している介護支援専門員については、当該事業所の管理者との兼務に限り、該当期間として算定できます。（居宅介護支援事業所以外の事業所・施設の管理者や他の職種（生活相談員や看護師等）との兼務の期間は算定できません。）

②当分の間、次の期間は、専任の介護支援専門員として従事した期間とみなします。
地域包括支援センターに常勤（専従・兼務を問わず）で配置されていた場合（保健師配置、社会福祉士配置を含む）であって、介護支援専門員の資格（介護支援専門員証の交付を受けていることが必要）を有してから、介護予防ケアプランの作成を行っていた期間

3 記入上の注意点

- ①申込者が自書したものは、無効となります。
（ただし、申込者と証明権限を有する者が同一の場合を除く）
- ②証明権限を有する者の代表者印の無いものは、無効となります。
- ③記入漏れや不明なものがあり、確認できない場合は、無効となります。
- ④訂正する場合は、証明権限を有する者の訂正印を押印してください。修正液等の使用による修正は、無効となります。
- ⑤異動等により複数の事業所での従事期間がある場合は、それぞれの事業所での実務経験証明書が必要です。その場合、この用紙をコピーして使用してください。