【様式４】全員　　裏面の【作成にあたっての注意事項】を必ず確認し、作成してください。

**令和６年度　主任介護支援専門員研修　実務経験（見込）・在籍証明書**

作成日：令和　　年　　月　　日

愛媛県社会福祉協議会会長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人又は事業所名称 |  | |
| 代表者（役職・氏名） |  | |
| 法人又は事業所住所 | （〒　　　-　　　）  職印 | |
| 証明書作成者 | （所属・役職） | （氏　名） |
| 連絡先電話番号 |  | |

下記の者が、標記研修の受講を申し込むにあたり、専任の介護支援専門員として勤務した経験は下記のとおりであることを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講申込者  氏名 |  | | 生年  月日 | （昭和・平成）  　　年　　月　　日 | | | | 介護支援専門員証登録番号（８桁） | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | 事業所番号 |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |
| ①専任としての実務従事期間  ※裏面①②③参照 | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※除外期間　　（　　　　年　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計　　　　　年　　　か月　　　日  ※裏面⑦⑧参照 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 期　間 | 確定のみ　・　見込み含む | | | | | 管理者の兼務 | | | | | あり　・　なし | | | | |

※同一法人内の異動等で別事業所での専任として実務従事期間を有する場合、以下に記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ②専任としての実務従事期間  ※上記と同じ | 年　　月　　日～　年　　月　　日  除外期間（　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日）  合計　　　　　年　　　か月　　　日  （管理者の兼務　あり・　なし） | 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日～　年　　月　　日  除外期間（　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日）  合計　　　　　年　　　か月　　　日  （管理者の兼務　あり・　なし） | 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実務従事期間の合計（①＋②） | 年　　　か月　　　　日 |

**【注意事項】**

※１　必ず所属長等の証明権限を有する方が記載してください。受講申込者が自署した場合、本証明書は無効となります。（申込者と証明権限を有する者が同一の場合は除きます。）

※２　記載内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。

【作成にあたっての注意事項】

①専任とは常勤かつ専従の介護支援専門員としての勤務を指します。常勤とは、当該事業所における勤務時間が当該施設において定められている常勤の従事者が勤務すべき時間数（週３２時間を下回る場合は週３２時間を基本とする）に達していることをいい、専従とは、サービス提供時間帯（当該従事者の当該事業所における勤務時間）を通じて、当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

②専任の介護支援専門員として勤務した居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者との兼務期間は算定できます。（ただし、管理業務のみを行い、ケアプランの作成業務を行っていなければ算定できません。）それ以外の職務の兼務については算定できません。

③病気休業や育児休業等による休職期間は従事期間から除外してください。産前産後休暇については従事期間に算入できます。

④事業所に所属していた際の氏名の記入をお願いします。氏名の変更があった場合は、戸籍抄本又は戸籍謄本等で氏名の変更が証明できるものを添付してください。

⑤複数の法人又は事業所の従事期間を通算する場合、それぞれの法人又は事業者ごとに証明が必要ですので、様

式をコピーして使用してください。

※同一法人の場合は１枚にまとめて記入しても差支えありません。事業所が３つ以上になり、証明書が２枚になる場合は全てに代表者等の証明が必要です。

⑥証明書の印は代表者職印とし、個人印の場合は、実印を使用してください。

⑦証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。（修正液等の訂正不可）

⑧この証明の作成日までの従事期間をご記入ください。端数は３０日を１か月として計算してください。

※作成日現在までの専任従事期間が受講要件に満たない場合は、７月２４日（水）までの通算を記入してくだ

さい。従事期間が要件を満たし次第、速やかに確定した本様式をご提出ください。

⑨合計については、除外期間を引いた期間を記入してください。

⑩同法人の異動等で所属が変わった場合は②に記載し、①②の実務従事期間の合計を記入してください。

⑪地域包括支援センターに配置されている方も在籍証明書として提出が必要です。（①に現在の従事期間を記入してください。）

⑫記載内容が事実と異なる場合、受講決定後であっても受講取り消しとなります。