【様式４-１】受講要件（１）①②の方

【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７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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人又は事業所等の名称 |  | |
| 代表者（役職・氏名） |  | |
| 法人又は事業所等の住所 | （〒　　　-　　　）  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） | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所等名 |  | | | | 事 業 所 番 号 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業種別  該当箇所に☑をいれること | □居宅介護支援事業所　□地域包括支援センター　□特定施設入居者生活介護事業所　□小規模多機能型居宅介護事業所　□認知症対応型共同生活介護事業所　□地域密着型特定施設入居者生活介護事業所　□地域密着型介護老人福祉施設　□看護小規模多機能型居宅介護事業所　□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　□介護医療院 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員として従事していた期間等を記入してください。　※管理者の兼務ありの方は②に記入 | | | | | | | | | | | | | | |
| ①専任としての実務従事期間  （見込み含む） | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| ※除外期間  　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日　（　　　年　　か月　　　日） | | | | | | | | | | | | |
| **合計　　　　　年　　　か月　　　日** | | | | | | | | | | | | |
| ②当該事業所の管理者との兼務従事期間  （見込み含む） | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| ※除外期間  　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日　（　　　年　　か月　　　日） | | | | | | | | | | | | |
| **合計　　　　　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　見込みの方は令和７年７月１４日（月）までの見込み期間を記入してください。

※３　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。

【様式４-１】受講要件（１）①②の方

【実務経験（見込）・在籍証明書作成にあたっての注意事項】

証明権限を有する方（書類作成担当者）に書類作成を依頼する際は、担当者に書類記載の留意事項等にお目通しいただいたうえで作成するようお願いしてください。内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となり、研修の申込みができなくなります。

なお、要件等については、愛媛県長寿介護課作成のQ＆Aにも記載しておりますのでご参照ください。

愛媛県庁公式ホームページ（長寿介護課）https://www.pref.ehime.jp/page/11561.html

①介護支援専門員としての実務経験の範囲は、事業所又は施設において、介護支援専門員として業務に従事していること（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。単に、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い、介護サービス計画書の作成を行っていなかった場合は、実務経験としては認められません。

②「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、当該事業所等における勤務時間が当該事業所等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等における勤務時間）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。

③専任の介護支援専門員として勤務した当該事業者所等の管理者との兼務期間は算定できます。管理者を兼務している期間は、②に記載してください。

※ただし、管理業務のみを行い、介護サービス計画書の作成業務を行っていなければ算定できません。また、それ以外の職務（介護員・相談員・社会福祉士等との兼務）についても算定できません。

④地域包括支援センターにおいての専任としての従事期間とは、介護支援専門員として、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に常勤専従していた期間となります。

⑤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。（休職期間がある場合は、除外期間を記入し、休職期間を引いた合計を記入してください。）産前産後休暇については従事期間に算入できます。

⑥事業所等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。

⑦証明権限者が同じ場合でも、法人内での異動等で所属事業所等が変更となっている場合は、それぞれ証明書を

作成ください。また、複数の法人又は事業所等の従事期間を通算する場合、それぞれの法人又は事業所等ごと

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。

⑧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。

⑨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）

⑩作成日は必ず記載してください。また、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、令和７年７月１４日（月）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。

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。