実 務 経 験 証 明 書

**主任様式３**

※全員の方が提出

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　所　　在　　地　　〒

代表者職印

法人名又は事業所名

代表者職名・氏名　　職名　　　　　氏名

連絡先電話番号

代表者以外が作成する場合

　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　氏名

下記の者の、介護支援専門員としての実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名 | |  | | 介護支援専門員登録番号 |
|  |
| 事業所名 | | 法人名 |  | |
| 事業所名 |  | |
| 実務従事期間  【Ａ】 | | （  在職中）  　　　　年　　 月　 　日 ～ 　 　　年　　 月　 　日 **[ 　年　 ヵ月]** | | |
|  | Ａのうち、  管理者との  兼務期間 | 年 　　月　 　日 ～ 　 　　年　　 月　 　日 **[ 　年　 ヵ月]** | | |
| Ａのうち、  個別要件④-１の  兼務期間 | 年 　　月　 　日 ～ 　 　　年　　 月　 　日 **[ 　年　 ヵ月]** | | |
| 【除外期間】  Ａのうち、  算定除外の期間 | 他職種と兼務、非常勤、他職種として勤務、病休等により算定できない期間 | | |
| 年 　　月　 　日 ～ 　 　　年　　 月　 　日 **[ 　年　 ヵ月]** | | |
| 受講要件に算定できる実務従事期間 | | Ａの期間 － 除外期間 ＝　 **[　　　年　　　ヵ月　]** | | |
| 備　考 | |  | | |

（注１）申込者が自書した場合は無効となります。ただし、申込者と証明権限を有する者とが同一の場合はこの限りで

　　　　はありません。必ず証明権限を有する者が記載・作成してください。

（注2）実務経験証明書が複数枚必要な場合は、本用紙をコピーの上使用してください。

（注3）作成にあたっては、期間、職種等をよく確認してください。万が一、不正が確認された場合は、受講決定後で

　　　　あっても受講を取り消すことがあります。

（注4）年月日は和暦で記入してください。

実 務 経 験 証 明 書

**記入上の注意点**

**主任様式３**

※全員の方が提出

証明期間は要件を満たす期間（通算で５年 ※個別要件②の場合は３年）が証明されていれば可。ただし、現在の在籍状況を確認するため、現在の勤務先の実務経験証明も必ず提出する。

令和　　　年　　　月　　　日

作成日を記入する。

所　　在　　地　　〒

代表者職印

法人内で異動のある場合は、必ず法人の代表者が証明し、異動の詳細（期間、事業所名、職種等）を備考欄に記載すること。この場合に限り１枚にまとめて作成することも可。

Ａ欄

法人名又は事業所名

代表者職名・氏名　　職名　　　　　氏名

連絡先電話番号

Ａ欄とＢ欄の名称が異なる場合はその理由を備考欄に記載する。

代表者以外が作成する場合

　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　氏名

下記の者の、介護支援専門員としての実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

過去に勤務した者の証明をする場合で、申込者が当時旧姓であった場合は、現在の姓の隣に（旧姓○○）と記入する。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名 | |  | | 介護支援専門員登録番号 |
|  |
| 事業所名 | | 法人名 | 有限会社○○○  Ｂ欄  在職中の場合は申込時点（作成日まで）の期間。 | |
| 事業所名 | △△居宅介護支援事業所 | |
| 実務従事期間  【Ａ】 | | （☑在職中）  平成30年　4 月　12　日 ～ 　令和5年　11 月　1　日 **[ ５年　６ヵ月]** | | |
|  | Ａのうち、  管理者との  兼務期間 | 年 　　月　 　日 ～ 　 　　年　　 月　 　日 **[ 　年　 ヵ月]**  １ヵ月に満たない部分は切り捨てる。 | | |
| Ａのうち、  個別要件④-１の  兼務期間 | 年 　　月　 　日 ～ 　 　　年　　 月　 　日 **[ 　年　 ヵ月]** | | |
| 【除外期間】  Ａのうち、  算定除外の期間 | 兼務、非常勤、他職種として勤務、病休等により算定できない期間  ・他職種との兼任  ・非常勤  ・他職種としての勤務  ・病気による休職、産休、育休等  年 　　月　 　日 ～ 　 　　年　　 月　 　日 **[ 　年　 ヵ月]** | | |
| 受講要件に算定できる実務従事期間 | | Ａの期間 － 除外期間 ＝　 **[　５　年　６　ヵ月　]** | | |
| 備　考 | | 【事業所の閉鎖等により証明が難しい場合】  ・廃止事業所の元代表者と連絡が取れる状況で、現在も受講申込者の勤務記録を保管しているのであれば、「元△△事業所代表者○○○」と元代表者に証明してもらい、具体的な経緯等を備考欄に記入してください。  ・上記が難しい場合は、受講申込者が保有している廃止事業所の当時の雇用契約、雇用保険、給与明細書等、雇用されていたことを証明する書類の写しを添付し、申込者が実務経験証明書を自書してください。ただし、提出された書類で受講要件を満たしていることが確認できない場合は、受講が認められません。  ・事業所の合併・譲渡・統合等の場合は、現在の所属先の代表者に証明してもらい、具体的な経緯等を備考欄に記入してください。 | | |

（注１）申込者が自書した場合は無効となります。ただし、申込者と証明権限を有する者とが同一の場合はこの限りで

　　　　はありません。必ず証明権限を有する者が記載・作成してください。

（注2）実務経験証明書が複数枚必要な場合は、本用紙をコピーの上使用してください。

（注3）作成にあたっては、期間、職種等をよく確認してください。万が一、不正が確認された場合は、受講決定後で

　　　　あっても受講を取り消すことがあります。

（注4）年月日は和暦で記入してください。