

介護支援専門員業務従事証明書  
(令和元年度主任介護支援専門員研修受講用)

様式 2

法人又は  
施設事業所の名称  
所在地  
代表者氏名  
電話番号  
作成担当者氏名

印

次の者について、介護支援専門員として従事した期間は次のとおりであることを証明します。

氏名	
介護支援専門員登録番号	

従事証明書作成日	※現在も就業中の場合、従事期間の最終日と作成日を同じにして下さい。 令和 年 月 日
事業所名	(事業所番号 ) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> その他( )
事業所所在地 (Tel)	〒 Tel ( - - )
介護支援専門員として従事した期間 ※和暦で記載して下さい。 同一法人内で複数の事業所で従事し場合は現在の事業所が通算の期間を記入頂くか、事業所毎証明書を作成して下さい。	(1) 常勤専従の介護支援専門員として従事した期間 ① 年 月 日 から 年 月 日まで ② 年 月 日 から 年 月 日まで 通算 年 カ月 日 (2) 兼務または非常勤の介護支援専門員として従事した期間 ① 年 月 日 から 年 月 日まで ② 年 月 日 から 年 月 日まで ※期間に中断があった場合、①②と分けて記入して下さい ※現在も就業中の場合、従事期間の終了日は従事証明書作成日と同じにしてください。
同じ法人内で介護支援専門員以外の職種に従事していた期間があれば記載して下さい。	① 年 月 日 から 年 月 日まで ② 年 月 日 から 年 月 日まで

※常勤とは、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業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。)に該当することを指します。雇用形態は問いません。

※ 従事期間を証明できる方が法人、事業所により異なると思われるので、証明者、証明印が法人代表者、事業所代表者かはお任せいたします。

※ 居宅介護支援事業所管理者、介護予防支援事業所管理者との兼務期間は「常勤専従の介護支援専門員として従事した期間」にご記入下さい。管理業務のみを行っている場合は算定できません。

※ 病気休業・育児休暇で休職していた期間等、勤務実態のない月は従事期間に算入できません。

※ 端数の日数を合計した場合、1ヶ月は 30 日で計算して下さい。

※ 従事期間は開始日と終了日まで含めて計算して下さい。従事開始日は介護支援専門員証交付後の日付をご記入下さい。

※ 裏面の【介護支援専門員業務従事証明書作成の留意事項】をご確認の上作成して下さい。

○介護支援専門員業務従事証明書作成の留意事項

- ※ 介護支援専門員業務従事証明書は申込者本人が作成しないでください。法人、事業所等の証明権限を有する方が作成、証明して下さい。(申込者と証明権限を有する方が同一の場合は除きます)
- ※ 記入を間違った場合は、二重線を引き、証明印を押印し正しい内容を記載するか、作成し直して下さい。修正液等での修正があった場合無効となります。
- ※ 記入漏れがあった場合は無効となります。
- ※ 介護支援専門員業務従事証明書の改変もしくは独自様式は認められません。
- ※ 消せるボールペンで記入しないで下さい。

従事証明書作成日	証明書作成日をご記入ください。(現在所属している事業所の証明は受講申込開始日10月1日より前の日付にしないこと。) 未来の日付で作成しないで下さい。
代表者氏名	証明権限を有する方が証明して下さい。法人代表者、事業所代表者かは法人のご都合で証明いただいても構いません。
作成担当者氏名	業務従事証明書を作成された方の氏名をご記入下さい。申込者本人が作成しないで下さい。(申込者と証明権限を有する方が同一の場合は除きます)
氏名	申込者本人の氏名をご記入ください。過去に勤務した事業所で、その当時旧姓であった場合は「現在の姓(旧姓:当時の姓)名」の形で記入して下さい。
事業所名	被証明者(申込者)が勤務している(していた)事業所名をご記入ください。同一法人内の異動で複数の事業所に勤務していた場合、事業所毎で業務従事証明書を発行いただくか、もしくは最後の事業所が法人内での通算の従事期間を証明して下さい。所属していた事業所が事業所名を変更している場合は現在の事業所名をご記入下さい。
事業所所在地	勤務先事業所の所在地を記入して下さい。
介護支援専門員として従事した期間	申込者が現在従事している事業所の証明は従事証明書作成日までの期間を証明して下さい。期間の終わりの日付は従事証明書作成日と同じにして下さい。また証明書作成日より先の未来の日付は証明することは出来ません。
常勤専従の介護支援専門員として従事した期間	常勤専従の介護支援専門員として従事した期間をご記入下さい。居宅介護支援事業所管理者または介護予防支援事業所管理者と兼務期間は常勤専従の介護支援専門員として従事した期間にご記入下さい。病気休業・育児休業で休職していた期間等、勤務実態のない月は従事期間に算入できません。
兼務または非常勤の介護支援専門員として従事した期間	介護支援専門員以外の他職種との勤務、または非常勤勤務だった期間をご記入下さい。
介護支援専門員以外の職種に従事していた期間	同一法人内の異動で他の職種に従事した期間があり、介護支援専門員としての従事期間に中断があった場合ご記入下さい。