

**介護支援専門員業務従事証明書  
(介護支援専門員法定研修負担軽減事業用)**

様式 1

法人又は  
施設事業所の名称

所在地

代表者氏名

印

電話番号

作成担当者氏名

次の者について、介護支援専門員としてい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	令和 年 月 日
事業所名	
事業所番号	
該当する種別に□チェックしてください	<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(        -        -        )

※ 証明できる方が法人、事業所により異なると思われますので、証明者は法人代表者または事業所代表者のいずれかであれば問題ありません。証明印は代表者印または角印のいずれかをご捺印ください。なお、個人の認印はご使用いただけませんのでご注意ください。

※ 介護支援専門員としての従事は専任・兼任、常勤・非常勤を問いません。

<介護支援専門員法定研修負担軽減事業対象者>

以下の要件を満たす者

○ 神奈川県で指定や委託を受けた研修機関が実施する介護支援専門員にかかる令和 7 年度以降に開講する法定研修を受講し、修了していること

○ 県内事業所において、法定研修修了時に介護支援専門員として従事していること

※未就労者については、研修修了後 3 か月以内に県内の事業所で介護支援専門員として従事した場合、対象となります。

※神奈川県以外で登録されている方も対象となります。

※裏面の【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作成の留意事項

- ※ 介護支援専門員業務従事証明書は受講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。(受講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。