

《複数の実務経験証明書が必要なときは、コピーして使用してください。》

平成22年度第 I 期在宅医療サポート介護支援専門員研修
実務経験証明書

平成 年 月 日

所在地
法人等団体名
代表者職・氏名



担当者氏名
連絡先電話番号

下記の者は、標記研修の受講を申し込むに当たり、平成22年7月1日(基準日)の前日までの期間において、居宅介護支援事業所の常勤の介護支援専門員として、以下のとおり勤務した経験を有することを証明します。

フリガナ		生年月日
申込者氏名		昭和 年 月 日生
事業所名		事業所番号
所在地	〒 -	
実務従事期間(※)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 〔上記のうち、病休等により実務に従事していなかった期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日〕 通算〔 年 か月〕	

【注意事項】

申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成してください。(申込者と証明権限を有する者が同一の場合を除きます。)

実務経験証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となり、研修の申し込みはできません。別紙『実務経験証明書』記入上の注意事項をよくお読みの上、記載してください。

「実務経験証明書」記入上の注意事項

実務経験証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となり、研修の申し込みはできません。申込者及び証明権限を有する方（書類を作成される方）は、必ず下記をお読みください。

証明年月日	証明日を記入してください。(受講申込書の申込年月日以前になります)
証明者名等	証明者名の他、今後の問い合わせ先として担当者名、連絡先電話番号を記入してください。証明印は、証明者の公印を使用してください。なお、 申込者が自書した場合、本証明書は無効となります （申込者と証明権限を有する方が同一の場合は除きます）。
申込者氏名	申込者の氏名を記入してください。 なお、過去に勤務した者の証明をする場合において、申込者がその当時旧姓であった場合は、「現在の姓（旧姓：当時の姓）名」の形で記入してください。(例 東京（旧姓：江戸）花子)
事業所名	被証明者（申込者）が勤務している（していた）事業所名及び事業所番号を記入してください。同一法人・団体等であっても、勤務先事業所が複数である場合は、各々の事業所毎に証明書を発行してください。
所在地	勤務先事業所の所在地を記入してください。
実務従事期間	<p>被証明者（申込者）が「居宅介護支援事業所の介護支援専門員」として「常勤」で実務に従事した期間を記入してください。介護支援専門員の資格を有していても他職種として勤務していた期間及び非常勤勤務だった期間は算入できません。</p> <p>通算した従事期間のうち、1ヶ月に満たない部分は切り捨てます。また、病気休業や産休・育児休業による休職期間は除外してください。</p> <p>証明者は必ず、被証明者（申込者）の業務状況を書類等で確認した上で証明を行ってください。勤務記録等の確認書類が廃棄されている場合は、実務経験として算入することはできません。研修の申込にあたり、確認書類の添付は必要ありませんが、東京都から確認を求められた場合は、速やかに提出願います（提出いただけない場合、本証明書は無効となります）。なお、常勤の定義については、下記をご参照ください。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（抜粋） （平成11年7月29日）(老企第22号) 第二 二 （3）用語の定義 ①「常勤」 当該事業所における勤務時間(当該事業所において、指定居宅介護支援以外の事業を行っている場合には、当該事業に従事している時間を含む。)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に達していることをいうものである。同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、その勤務時間が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、同一の事業者によって指定訪問介護事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。</p> </div>