

様式 I

## 令和 8 年度主任介護支援専門員研修実務従事証明書

令和 年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名

印

作成担当者氏名

連絡先電話番号 ( )

F A X 番号 ( )

下記の者について、令和 8 年度主任介護支援専門員研修を受講するにあたり、研修申し込み時点において、専任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。

ふりがな 氏 名	
介護支援専門員 登録番号	
施設・事業所の 所在地	
施設・事業所の 種類・名称	種類：
	名称：
実務従事期間 (専任の介護支 援専門員として 従事した期間)	年 月 日 ～ 年 月 日 (在職中の方は研修初日の前日までの証明を作成) (上記のうち、産休・育休・病休等により実務に従事していなかった期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ) 【通算 年 か月】
事業所指定番号	

### 【注意事項】

- ※ 複数枚必要な場合はコピーして使用してください。
- ※ 上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は必要に応じ再提出をしていただくことがあります。
- ※ 虚偽の申請があった場合は、研修受講決定取り消し等の対応をいたします。
- ※ 産休・育休・病休等により実務に従事していなかった期間は含めません。
- ※ 施設又は事業所の代表者名は、申込者が介護支援専門員であることを証明できる方であれば本社、支社、事業所いずれでも可とします。
- ※ 作成担当者は、証明した内容について問い合わせをする時の担当者名を記入してください。
- ※ 日数の端数は切り捨ててください。  
(例) 令和 2 年 4 月 1 日から令和 4 年 5 月 1 0 日まで→2 年 1 か月 (1 0 日間は切り捨てる)