様式１

令和　　　年　　 月　　 日

**令和３年度 主任介護支援専門員研修 実務経験証明書**

所在地

法人等団体名　　　　　　　　　　　 　 　公印

代表者職・氏名

担当者氏名

連絡先電話番号

　　研修申込者については、令和３年７月１日現在において、専任(※)の介護支援専門員として、以下のとおり勤務していること(実務経験を有すること)を証明します。（※④を除きます。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 介護支援専門員  登録番号 |  |
| 申込者氏名 |  |
| 事業所名 |  | | |
| 所在地 | 〒　 　　　－ | | |
| 実務従事期間 | 年　 　月　　 日　～　　 　　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  　　　 　　年　　 月　 　日　～　　　 　年　 　月　　 日  ※ 通算年数 ( 　 年　　　　カ月)  通算年数は１カ月未満の日数を切り捨てとなります。また病気休業や育児休業等の休職期間は除外してください。 | | |
| 受講区分 | （①、②、④の中から該当する番号をご記入ください）→**［　　　　］** | | |
| 講師等実績（受講区分④のみ）  平成28年度～  令和２年度 | 研修名  　　年　　月　　日開催　担当科目名（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 研修名  　　年　　月　　日開催　担当科目名（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

【注意事項】１.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。(ただし、申込者以外に証明権限

を有する方がいない場合は申込者が作成してください。)

２．事業所から複数で申し込む場合は、様式をコピーしてご使用ください。

※ 提出期限：令和３年７月３０日（金）必着【厳守】

別途、ホームページからのお申込みが必要です。