令和７年度栃木県主任介護支援専門員研修

実務従事期間証明書

社会福祉法人とちぎ健康福祉協会　理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　所　　在　　地

　　　　　　　　　　　　　　事業所・施設名

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　担当者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　 （書類の問合せ先）

　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　下記の者が、標記研修の申込みに当たり、専任（常勤かつ専従）の介護支援専門員として実務従事していた期間は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 申込者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事 業 所 名 |  |
| 事　業　所所　在　地 | 〒 |
| 専任（常勤かつ専従）の介護支援専門員として従事した期間（管理者との兼務も含む） | 　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで※その内、育休・休職などにより業務に従事しなかった期間　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　　　　　　**実務従事期間（　　　　　　年　　　　　ヶ月）** |
| 兼務の介護支援専門員として従事した期間兼務した職名 | 　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで※その内、育休・休職などにより業務に従事しなかった期間　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　　　　　　**実務従事期間（　　　　　　年　　　　　ヶ月）** |

　　　　　　　　　　　　　裏面の作成上の注意事項を必ずお読みください

**「実務従事期間証明書」作成上の注意事項**

・受講申込者が自書した場合は無効となります。（ただし、申込者と証明権限を有する者が同一の場合を除く）。

※申込者と証明権限を有する者が同一の場合は、指定許可通知書・認可書等（受講申込者が法人代表者であることを客観的に証明できる書類）の写しを添付してください。

・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、研修の申込みはできません。

証明者は、必ず受講申込者の業務状況を書類（「従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」）等）

で確認した上で作成してください。

　・公印（公的な申請等に使用する印鑑）を押印してください。公印が押印されていない証明書は無効となります。

・訂正箇所には訂正印として、公印を押印してください。修正液等の使用による訂正は、無効となります。

・専任（常勤かつ専従）の介護支援専門員とは、指定申請書における「従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」にて勤務形態が「Ａ」であることを指します。

※管理者と介護支援専門員の兼務は、専任の介護支援専門員としての期間に算定できるものとします。

・実務従事期間は、令和７年８月３１日までのものを記入してください。

※１ヶ月に満たない部分は、切捨ててください。

※産前休暇、産後休暇、年次有給休暇は実務従事期間の算定対象になりますが、育児休業、傷病休業、介護休業等の休職期間は算定対象になりません。

・異動等により複数の事業所での従事期間がある場合は、それぞれの勤務先での実務従事期間証明書が必要です。同一法人・団体であっても、勤務先事業所が複数ある場合は、１事業所につき１枚ずつ証明書を提出してください。

・勤務していた事業所（法人）が廃業している場合で、

①事業所の合併・譲渡・統合等により承継後の法人が存続する場合は、

　→当該法人に実務経験証明書の作成を依頼してください。

②当時の責任者や相続人、破産管財人等、勤務実績が確認できる書類を保管している方と連絡が可能で実務経験証明書の作成依頼が可能な場合は、

→実務従事期間証明書の作成、及び、事業所の存在及び証明者を確認できる書類（公的機関に提出した事業所の「開設届」「廃業届」、法人の「登記簿謄本」等の写し）の提出を依頼してください。