

# 主任介護支援専門員研修

この証明書は受講者が作成するものではなく  
事業所側が証明（記載）するものです

## 従 事 証 明 書

様式 1

令和5年 月 日

所在地  
法人又は事業所  
代表者氏名  
電話番号  
(証明書作成者名)

証明印

下記の者の介護支援専門員としての従事期間は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
事 業 所 名					
介護支援専門員としての従事期間 (専任・兼任の別に記入)	職 名				
「例」 専 任 兼 任	平成30年4月1日～令和5年4月30日 ( 5 年 1 ヶ月 )	管理者兼介護支援専門員			
専 任	年 月 日～ 年 月 日				
兼 任	( 年 ヶ月 )				
専 任	年 月 日～ 年 月 日				
兼 任	( 年 ヶ月 )				
専 任	年 月 日～ 年 月 日				
兼 任	( 年 ヶ月 )				
専 任	年 月 日～ 年 月 日				
兼 任	( 年 ヶ月 )				

- \* 「専任従事期間」とは介護支援専門員としての常勤専従の期間をいい、居宅介護支援事業所の管理者以外の職種を兼務した期間は専任従事期間に含めることはできません。  
(併設事業所の業務を兼務した期間は含めることができません。)  
居宅介護支援事業所と在宅介護支援センターの兼務期間は「専任」ではなく「兼任」となります。
- \* 併設事業所の業務を兼務した期間や、居宅介護支援事業所の管理者以外の職種を兼務している期間は「兼任」としてください。
- \* 本書の提出後に、勤務の状況が確認できる書類の提出を求めることがあります。
- \* 従事期間には、病気休暇・産前産後休暇・育児休暇は含みませんのでご注意願います。
- \* 要件を満たさなかった場合には、主任介護支援専門員研修の修了が無効となるので従事期間の確認には十分に留意願います。
- \* 同一法人内で事業所を異動した場合には、法人による証明に代えることができます。  
この場合、各事業所毎に従事期間を記載し事業所名を職名欄に記載してください。
- \* 地域包括支援センター勤務の方については、予防プランを作成している期間も含めて記入してください。  
その際は、介護支援専門員以外で配置されていた場合は、社会福祉士や看護師等の配置された職名で記入してください。