

様式 1

介護支援専門員業務従事（見込）証明書

令和 年 月 日

所在地

施設・事業所の名称

事業所番号

代表者氏名

電話番号

担当者名

次の者に係る介護支援専門員としての従事期間等は、下記のとおりであることを証明します。

氏 名	
介護支援専門員証登録番号	
登 録 県	

記

施設・事業所名										
専任従事期間	年	月	日	から	年	月	日			
	年	ヶ月	日							
兼務従事期間	年	月	日	から	年	月	日			
	年	ヶ月	日							

注1) 専任従事期間とは、居宅介護支援のほか、地域包括支援センター、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護または介護保険施設において介護支援専門員として従事した期間とします。ただし、管理者との兼務は期間として算定できるものとします。(管理者業務のみを行っている場合は期間に含みません。)

注2) 専任従事期間及び兼務従事期間は、令和7年8月19日現在で記入してください。(オンライン研修予定日前日)

注3) 休職期間及び育児休業等で業務に従事しなかった期間は、従事期間の対象となりません。

注4) 証明した者が、現在所属している職員である場合、担当者は次の項目に記載ください。

○主任介護支援専門員研修修了後、職員に果たしてもらう役割や予定について御記入ください。

記入者役職・氏名（ ）