

介護支援専門員業務従事証明書

令和 年 月 日

所在地 _____

施設・事業所名 _____

代表者職・氏名 _____ 印

電話番号 _____

下記の者が、下記の施設・事業所で介護支援専門員として業務に従事した期間は、以下のとおりであることを証明します。

氏名							
介護支援専門員 登録番号							
施設・事業所名							
従 事 期 間							
専任従事期間	年 月 日 から			年 月 日まで			
	年 月 日 から			年 月 日まで			
	年 月 日 から			年 月 日まで			
	合計 年 か月 日						
他の業務と兼務 していた期間	年 月 日 から			年 月 日まで			兼務した職名等
	年 月 日 から			年 月 日まで			兼務した職名等
	年 月 日 から			年 月 日まで			兼務した職名等
	合計 年 か月 日						

注1) 専任従事期間とは、専任の介護支援専門員として従事した期間です。居宅介護支援事業所の管理者を兼務していた方は、その期間を専任従事期間に算定することができます。

注2) 現在の就業先における従事期間の末日は、この証明の発行日と同日になるようにしてください。