

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。