|  |  |
| --- | --- |
| 申込するコースに○を付けて下さい。 | 専門Ⅰ　・　専門Ⅱ |

現　任　証　明　書

 　令和 年　　　月　　　日

所 在 地

事業所名

代表者氏名 印

連絡先電話番号　　　　（ 　）

ＦＡＸ番号　　　　（ ）

担当者名

　下記の者は，令和５年度「**介護支援専門員専門研修**」の受講申し込み時点において，介護支援専門員

として在籍し，当該業務に従事していることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 介護支援専門員 登録番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 業務従事期間 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日　～　**現在** 【　　 　年 　　か月】※　希望する研修初日時点における従事期間　　　 年　 か月 |
|  事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　専門研修は，「専門研修Ⅰ／業務従事期間が６か月以上」，「専門研修Ⅱ／業務従事期間が３年以上」の方が対象になります。

※　産休・育休・病休期間は従事期間に含みません。

※　虚偽の申請があった場合は，受講取り消し等の対応をする場合があります。

※　証明内容に記入漏れや不明な点がある場合は，再提出をしていただくことがあります。

※　施設又は事業所の代表者名は，申込者が現任の介護支援専門員であることを証明できる方であれば本社，支社，事業所いずれでも可とします。

※　作成担当者は，証明した内容について問い合わせをする時の担当者名を記入してください。

（以下については，受講者本人が記入願います。）

|  |
| --- |
|  |

上記事業所以外に勤務経験がありましたら，下記に記入願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  施設・事業所(勤務先）名称 | 従 事 期 間 | 従事年数 |
|  | 平成・令和　　年　　月　　日から平成・令和　　年　　月　　日まで | 　年　　　か月 |
|  | 平成・令和　　年　　月　　日から平成・令和　　年　　月　　日まで | 　年　　　か月 |
|  | 平成・令和　　年　　月　　日から平成・令和　　年　　月　　日まで | 　年　　　か月 |

※　受講申込とは別に郵送にて提出してください。なお，場合により，別途介護支援専門員として在籍していた事が分かる証明書の提出を求める場合があります。

※　産休・育休・病休期間は従事期間に含みません。

■　専門研修のⅠとⅡの両方に申し込む場合は，証明書はそれぞれ添付してください。