

(様式2)

介護支援専門員業務従事証明書

令和 年 月 日

所在地 _____

法人の名称 _____

代表者 職・氏名 _____

作成担当者 職・氏名(署名) _____

※コピー不可・本人以外が作成してください。

(TEL _____) (Q&A Q11, 13 参照)

次の者に係る介護支援専門員としての専任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	
----	--

記

施設・事業所名	
サービス種別等 該当する箇所に し点をして下さい。	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (配置職種に○：介護支援専門員・保健師・社会福祉士、予防プラン作成件数 /月) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護保険施設
①介護支援専門員 専任従事期間	年 月 日～ 年 月 日 年 月 日
②当該事業所の管理 者との兼務従事期間	年 月 日～ 年 月 日 年 月 日
①・②以外の 介護支援専門員 としての従事期間	年 月 日～ 年 月 日 ※申込時に専任の介護支援専門員でない場合(①・②以外)は、申込時に介護支援 専門員として業務に従事しているか確認したいため、御記入ください。

注1) 専任従事期間とは、介護支援専門員として常勤専従である期間です。(Q&A Q1 参照)

注2) 専任の介護支援専門員、または介護支援専門員証の有効期間内に令和6年8月5日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・認知症施策・地域介護推進課長・老人保健課長通知「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正についてにより配置された専任の保健師等として従事した職歴を記載してください。

注3) 常勤であって当該事業所の管理者を兼務している期間は、②兼務従事期間に記載してください。

注4) 他の事業所との兼務や当該事業所の管理者以外の職種を兼務している期間は、記載しないでください。

注5) 本書式に記載する期間は、記載日以前に当該者が従事した期間としてください。