様式２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **実　務　経　験　証　明　書**  令和　　年　　月　　日  　山口県社会福祉協議会　会 長　隅　　喜彦　様  　　　　　　　　　　　　　事業所、施設又は機関の設置者の住所  　　　　　　　　　　　　　〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　事業所、施設又は機関の設置者名  印  　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名  　　　　　下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 氏　　　　　　　　名  登録番号（登録都道府県名） | （和暦生年月日　　　　 年 　月 　 日） | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | （　　　　　　） | | 事業所名等  ※　事業所、施設又は機関の設置者が同一のときは、事業所、施設又は機関ごとに記載する。 | ①（種別）  （名） | | | | | | | | | | ②（種別）  （名） | | | | | | | | | | ③（種別）  （名） | | | | | | | | | | 実務経験年数 | ①　　年　　月　　日～　 　　年　　月　　日（　　年　　月） | | | | | | | | | | ②　　年　　月　　日～　 　　年　　月　　日（　　年　　月） | | | | | | | | | | ③　　年　　月　　日～　 　　年　　月　　日（　　年　　月） | | | | | | | | | | 通算　　（　　年　　月） | | | | | | | | | |

注１　設置者が異なる複数の事業所等での従事期間を通算する場合は、本様式を複写して使用すること。

　２　「実務経験年数」欄は、開催要項の「２ 対象者」の(1)の注１に定める事業所等において、専任（常勤かつ専従〔※〕）の介護支援専門員として実務に従事した期間を記入すること。

　　※　開催要項の「２ 対象者」の（２）のオに該当する場合は、専任、兼任を問わない。

　３　実務経験年数の算定に当たっては、次の点に留意すること。

　　・　要介護認定のための調査業務のみを行っていた期間や、利用者やサービス提供事業者との連絡調整のみを補助的に行い、サービス計画の作成を行っていなかった期間は、対象とならないこと。

　　・　受講申込み時点で算定すること。

　　・　端数の日数は３０日を１か月とし、３０日未満は切り捨てること。

　　・　病気休業、育児休業等による休職期間は除くこと。