

介護支援専門員実務従事証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人 尾張旭市社会福祉協議会会長 殿

〔施設又は事業所所在地及び名称〕

〔代表者氏名〕 _____ 印

〔作成担当者氏名〕 _____

〔連絡先電話番号〕 _____ () _____

〔e-mail〕 _____

次の者について、介護支援専門員として勤務した経験を有す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	
施設・事業所の 所在地	
施設・事業所の 種類・名称	種類：
	名称：
実務従事期間 (介護支援専門 員として従事 した期間)	年 月 日 ～ 年 月 日 <u>※ 当該期間の換算の際には、専従・兼務、常勤・非常勤等の雇用形態を 問いません。また、育児休業、介護休業等の期間を含めても差し支えあ りません。</u>
事業所指定番号	

【注意事項】

- ※ 複数枚必要な場合は、コピーして使用してください。
- ※ 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者であれば、本社、支社又は事業所のいずれの場合も可とします。
- ※ 作成担当者は、証明した内容について問い合わせをする場合がありますので、作成担当者の氏名を記入してください。
- ※ 証明事項に記入漏れ、不備又は不明な点があるときは、尾張旭市社会福祉協議会担当者が問い合わせの上、必要に応じて再提出を依頼する場合があります。