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※　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。 |
| 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。