

(様式2)

実務経験証明書

令和 年 月 日

山梨県福祉保健部健康長寿推進課長 殿

施設又は事業所の名称及び所在地

代表者氏名

印

〔 連絡先（電話番号）：
書類作成担当者氏名： 〕

次の者が、介護支援専門員として従事した期間は、以下のとおりであることを証明します。

申込者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
介護支援専門員 登録番号	
事業所番号	
サービス種類	
従事期間	平成 年 月 日 ～ 年 月 日 令和 年 月 日 ～ 年 月 日 (通算期間 年 月)
勤務形態	1 専任（常勤専従） ※ 同一事業所の管理者との兼任を含む 2 兼任（常勤兼務） (兼務業務内容：) * 管理者との兼務の有無： あり ・ なし ・ サービス種類： 居宅介護支援事業所 その他（) ・ 従事期間 平成 年 月 日 ～ 年 月 日 令和
業務内容	担当件数： 概ね 件/月

注1 複数の実務経験証明書が必要な場合はコピーしたものを使用してください。なお、コピーする

際は必ず裏面もコピーしてください。

注2 介護支援専門員としての実務経験の範囲は、次の事業所又は施設において、介護支援専門員として業務に就労していることを指します。単に、要介護認定のための調査業務のみを行っていた場合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、介護サービス計画の作成を行っていなかった場合は、実務経験としては認められません。

①居宅介護支援事業所 ②特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者 ③小規模多機能居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能居宅介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護に係る地域密着型サービス事業者 ④介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院） ⑤介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業者 ⑥介護予防小規模多機能居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護予防サービス事業者 ⑦介護予防支援事業者 ⑧地域包括支援センター

注3 従事期間は、受講申込者が介護支援専門員の業務を行っていた期間を記入してください。なお、実務経験を証明する日以降の実務経験を見込みで証明する場合は、実務経験見込証明書とみなします。ただし、この研修において実務経験が認められる期間は、令和7年10月15日（水）までです。令和7年度研修初日の前日（令和7年10月15日）以降も当該事業所に従事している場合は、従事期間の修了日を「現在」と記入してください。

注4 通算期間は、病気や休職等で当該業務に従事しなかった期間を除いた年月を記入してください。

注5 専任とは「常勤専従」を、兼任とは「常勤兼務」を指します。兼務の場合は、従事内容を括弧内に記入してください。

注6 本研修の管理者とは、注2に示す事業所又は施設の管理者を指します（令和元年度から対象を拡充）。同一事業所の管理者との兼任は、専任（常勤専従）の期間として算定できます。また、管理者との兼務がある場合には、そのサービス種別及び従事期間を記入してください。

注7 業務内容には、「介護支援専門員として介護サービス計画作成」「管理者として管理業務」等具体的に記入してください。

注8 申込者と証明書が同一の場合については、本人が発行した実務経験証明書に併せて開業許可証、認可書又は届出書等、開設年月日を証明できる書類の写しを添付してください。

注9 結婚等により実務経験証明書と受講申込書の氏名が異なる場合には、**戸籍抄本**を添付してください。

注10 次の場合には、実務経験証明書として**無効**となりますので御注意ください。

- ・ 受験申込者（個人開業者を除く）が自署したもの。証明権限を有する者（長）の印（職印）のないもの。
- ・ 施設又は事業所名、実務経験期間の記入もれ及び不明のもの。
- ・ 訂正事項について証明権限を有する者の訂正印のないもの。
- ・ 修正液等の使用による訂正等。

注11 虚偽の内容があった場合には、当該研修の受講を認めないこととし、研修修了後に発覚した場合においては修了を取り消すこととなりますので御注意ください。