

(様式6)

実務証明書

(介護支援専門員業務従事証明書)

氏名		介護支援専門員 登録番号(8桁)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	介護支援専門員証 有効期間満了日 (証の記載通りに記入)	平成 令和 年 月 日
実務に従事した事業所・施設の名称			
所在地	〒 (電話番号)		
実務期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (年 ヶ月)		
実務に従事した事業所又は施設(該当する記号を1つ選んで○印で囲むこと)			
1 居宅介護支援事業所			
2 特定施設入居者生活介護(介護予防含む)事業所			
3 地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護/看護小規模多機能型居宅介護/認知症対応型共同生活介護/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介護予防サービス事業所)			
4 介護保険施設(介護老人福祉施設/介護老人保健施設/介護医療院・介護療養型医療施設)			
5 地域密着型介護予防サービス(介護予防小規模多機能型居宅介護/介護予防認知症対応型共同生活介護)			
6 地域包括支援センター(介護予防支援事業所-法定3職種及びプランナー)			
業務の内容(該当するものすべてを○印で囲むこと)			
1 居宅サービス計画の作成			
2 施設サービス計画の作成			
3 介護予防計画の作成			
4 その他 ()			

上記のとおり、自事業所、又は施設において介護支援専門員として介護サービス計画の作成を行う業務に従事したことを証明します。

令和 年 月 日

事業所・施設名

事業所・施設長名

