様式2-2:受講対象（１）の（ア）（イ）（エ）、（２）の者用

実務経験証明書

令和６年　　月　　日

所属法人等団体名

代表者職・氏名

所属事業所・施設名

所属事業所・施設の所在地　〒

電話番号

　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。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　　 名 |  |
| 生 年 月 日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　月　　日 |
| 介護支援専門員証番号  （登録番号） |  |
| 常勤専従の介護支援専門員  として従事した期間  ※ 受講対象（エ）の者は兼務でも差し支えない | 年　　　月　　　日 ～　　　年　　　月　　　日  上記のうち、病休・産育休等により実務に従事していなかった期間  　　　年　　　月　　　日 ～　　　年　　　月　　　日  従事期間合計　　　年　　　ヶ月  （※ 従事期間のうち、1ヶ月に満たない部分は切り捨て） |

　（注1）この様式は、過去所属していた事業所における実務経験証明書として使用してください。