〔様式３〕

**実　務　経　験　証　明　書**

**（実務経験先が異なり代表者が異なる場合は、それぞれ作成して下さい。）**

氏　名

□居宅介護支援

□介護予防支援

□小規模多機能型居宅介護

（看護小規模多機能型居宅介護含む）

□認知症対応型共同生活介護

□特定施設入居者生活介護

□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

上記の者は　における介護支援専門員として

次のとおり実務経験を有することを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 従事期間 | 　年　　　月　　　日～　　令和6　年10月1日まで勤務予定（　　年　　　ヶ月）（注）上記の在職期間が３年に満たない場合は、退職した勤務先の在職期間を記入し証明を提出してください。　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日退職　（　　年　　　ヶ月）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

証明者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| 所　属　長（氏名） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　電　話　番　号 |  |
| 証明書作成者（役職・氏名） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

**一般社団法人　日本ケアマネジメント学会　　　　　　白澤　政和　　　殿**