

申込書式 5

令和 5（2023）年度 就業（見込み）証明書

埼玉県介護支援専門員協会 行

令和 5 年 月 日

（証明者）

事業所名 職印

事業所所在地

代表者職名・氏名

作成者職名・氏名

連絡先 TEL

下記の者は、当事業所において、介護支援専門員として実務に従事していることを証明します。

氏 名	生年月日		昭和 平成	年	月	日
介護支援専門員 資格登録簿上の住所						
事業所の 介護保険事業所番号			事業所又は施設の種類の (下表の①～⑨の中から該当する番号)			
就業期間	当事業所において介護支援専門員として業務に従事した期間 下記のいずれかの□をチェックし、従事開始（予定）日を御記入ください。					
	<input type="checkbox"/> (平成・令和) 年 月 日から証明日現在も就業中					
	<input type="checkbox"/> 令和 5 年 月 日から就業予定					

【就業（見込み）証明書の作成における注意点】

- * 就業中の場合は、標題の「（見込み）」を二重線で消してください。
- * 記入漏れがある場合は、再提出となります。
- * 記入ミスは、該当部分に二重線を引き、訂正印を押印の上、正しい内容を記載するか、新しく作成し直してください。
- * 本証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- * 介護支援専門員としての実務については、実施要領「9 その他（3）その他注意事項※2」を参照してください。

【実務経験となる事業所又は施設】

- ①指定居宅介護支援事業者 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、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護及び複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護に限る）に係る指定地域密着型サービス事業者
- ④介護保険施設 ⑤介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者
- ⑥介護予防小規模多機能型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指定地域密着型介護予防サービス事業者
- ⑦指定介護予防支援事業者 ⑧地域包括支援センター ⑨在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口