

実務従事証明書

公益財団法人いきいき岩手支援財団 理事長 様

住所
法人名
代表者

印

(作成者) 職・氏名
電話番号

下記の者は、令和2年度岩手県介護支援専門員専門研修の申し込み時点において、介護支援専門員として従事していることを証明します。

フリガナ 氏名								生年月日	昭和 平成	年	月	日
事業所番号												
名称												
所在地												
電話番号								FAX番号				
事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> （介護予防）特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> （介護予防）認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模型多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設						<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> （介護予防）小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院					
実務従事期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日現在											

■令和2年4月1日前に申し込みする場合、下記に記入をお願いします。

令和2年4月1日以降も同事業所で介護支援専門員として従事する予定である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 令和 年 月 日 記入
--------------------------------------	---

※産休・育休・病休は従事期間に含みません。

※虚偽の申請がある場合は、受講の取り消し等の対応をする場合があります。

※証明内容に記入漏れや不明点がある場合、再提出をお願いする場合があります。

※代表者名は、現在介護支援専門員として実務に従事していることを証明できる方であれば、法人の代表者のみならず、事業所の管理者でも可とします。（個人印可）