様式2-1:受講対象（１）の（ア）（イ）（エ）の者用

実務経験証明及び受講推薦書

令和７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

所属（事業所・施設）情報

　（１）事業所の種類

　　　　　特定事業所加算　ア （Ⅰ） ・ （Ⅱ） ・ （Ⅲ） ・ （Ａ）

　　　　　　　　　　　　　 ※ 該当する記号に〇を付けてください。

 算定中（　　　　　年　　　月 ～）

 算定予定（　　　　年　　　月 ～）

　　　　　　　　　　　　　イ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

　（２）貴所属事業所・施設の介護支援専門員数　（専任　　　　人・兼任　　　人）

　（３）貴所属事業所・施設の主任介護支援専門員数　（　　　　人）

　　　　貴所属事業所・施設の同一法人内の主任介護支援専門員数　（　　　　人）

　　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、他の介護支援専門員への助言及び指導等に従事するにふさわしい者であることから、研修受講者として推薦します。

　　なお、下記の者が、県及び市町村等が実施する介護支援専門員に関する研修の講師等を含め、地域包括ケアシステムの推進に積極的に協力することに同意します。

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、現在所属している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。

　（注２）現在所属している事業所だけでは従事期間が５年（60ヶ月以上）に満たない場合は、必ず前職場

　　　　　での実務経験証明書（様式２-２）を提出ください。

　　　　　 なお、貴法人内の複数の事業所・施設での実務経験をもって５年（60ヶ月以上）を満たす場合に

　　　　　おいても、実務経験証明書（様式２-２）により所属機関ごとに提出してください。