

令和6年度埼玉県介護支援専門員専門研修就業（見込み※1）証明書

令和 年 月 日

埼玉県指定研修実施機関
有限会社プログレ総合研究所 行

証明者：法人又は事業所名 _____

上記所在地 _____

代表者職名 _____ 氏名 _____ 連絡先 TEL _____

下記の者は以下の期間において、介護支援専門員として実務に従事した経験を有することを証明します。

介護支援専門員 登録番号									氏名	
法人名									事業所名	
事業所所在地 ※2	〒 ー									
事業所の介護保険 事業所番号										
事業所又は施設の 種類（右の①～⑨の 該当する番号に○を 記入） ※介護支援専門員の業 務については、各研修 の実施要領の「介護支 援専門員としての業務 とは」を参照してくだ さい。	【実務経験となる事業所又は施設】 ① 居宅介護支援事業所 ② 特定施設入居者生活介護に係る指定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所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									
実務従事期間	該当番号に○をし、実務従事期間をご記入ください。									
	1	年 月 日 から 年 月 日まで 従事していた								
	2	年 月 日（登録日以降）から証明日現在も 従事している								
3	年 月 日から 就業予定									

■ 専門研修就業証明書の作成における注意点

※1 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。

※2 埼玉県内の事業所において、研修申込開始日から研修修了日後3か月の間に介護支援専門員として実務に従事したことのある方は、受講料軽減の対象となります。