**介護支援専門員実務経験※にかかる証明書**

介護支援専門員登録番号

氏　　　名

住　　　所

日中連絡のとれる電話番号

　　上記の者が、当事業所・施設において介護支援専門員業務に従事した経験があることを証明します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

事業所・施設所在地

事業所・施設名

代表者職氏名

※ここでいう介護支援実務経験とはケアプラン作成業務を指しますので、認定調査業務や補助的に連絡調整を行っている場合は該当しません。ただし、指定居宅介護支援事業所の管理者は介護支援専門員実務経験があると認められます。なお、従事した期間の長短は問いません。

※複数の事業所・施設で介護支援専門員実務経験がある場合は、いずれか1つの事業所・施設の証明で結構です。

【提出方法】

1. 石川県電子申請システム上で提出
2. 郵送（宛先）〒920-8580 石川県金沢市鞍月１丁目１番地

　　　　　　　　　 石川県健康福祉部長寿社会課 地域包括ケア推進グループ