

## 介護支援専門員専任業務従事証明書

令和 年 月 日

香川県知事 殿

法人・施設・事業所等  
の所在地及び名称

代表者氏名

記入責任者

氏名

連絡先

次の者は、令和8年6月末日時点で、以下のとおり**専任**の介護支援専門員としての業務従事期間を有することを証明します。

氏名			
介護支援専門員登録番号			
施設又は事業所名 (介護保険事業所番号)	( )	( )	( )
<b>専任</b> の介護支援専門員としての従事期間  ※ <b>専任</b> とは、当該事業所における介護支援専門員としての勤務時間が、当該事業所において定められている <b>常勤の従業者が勤務すべき時間数</b> (週32時間を基本とする。)に達しており、主たる業務が介護支援専門員である方のこと。 居宅介護支援事業所の管理者との兼務を除き、他の職種との兼務期間は対象となりません。	平成 年 月 日 令和 ~ 平成 年 月 日 令和 【 年 か月】 (就労中・異動・退職)	平成 年 月 日 令和 ~ 平成 年 月 日 令和 【 年 か月】 (就労中・異動・退職)	平成 年 月 日 令和 ~ 平成 年 月 日 令和 【 年 か月】 (就労中・異動・退職)
	対象外期間： 内容：	対象外期間： 内容：	対象外期間： 内容：
	合計 年 か月		

※裏面の記入要領を御参照ください。

※提出された業務従事証明書(原本)は返却できません。

## 業務従事証明書記入要領

- 1 業務従事証明書は、施設、事業所の長又は代表者等証明権限を有する者によって作成かつ証明されたものであることが必要です。  
この証明書は、受講資格の有無を証する重要なものですから、提出されていない場合又は内容の不備、不明なものがある場合は、受講申込書を受理できませんので御注意ください。
  - 2 勤務先の変更等により、数か所での業務の通算で受講資格を満たす場合は、各々の勤務先毎の証明書が必要です。
  - 3 証明権者が同一で、勤務施設又は事業所が異なる場合（例えば、同一法人内の複数の施設を異動した場合）は、1枚の用紙内に施設又は事業所毎の業務期間等を明記してください。
  - 4 記入に当たっては、次の点に御留意ください。
    - ① 証明書の発行日は、必ず記入してください。
    - ② 証明権者の押印は不要ですが、記入責任者氏名・連絡先を必ず記入してください。記入内容確認のために連絡する場合があります。
    - ③ 「氏名」欄は、被証明者の氏名を記入してください。
    - ④ 「施設又は事業所名」欄は、被証明者の所属する施設名等を記入してください。
    - ⑤ 「専任の介護支援専門員としての従事期間」欄は、専任(※)の介護支援専門員としての従事期間を記入してください。休職期間、育児休業等で業務に従事していなかった期間及び研究業務等の期間は対象となりません。  
令和8年6月末日の状況で、(就労中・異動・退職)の該当するものを○で囲んでください。
    - ⑥ 従事期間のうち、休職期間、育児休業等の対象外となる期間とその内容につき、所定の欄に記入してください
- ※専任とは、当該事業所における介護支援専門員としての勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を基本とする。）に達しており、主たる業務が介護支援専門員であること。  
居宅介護支援事業所の管理者との兼務を除き、他の職種との兼務期間は対象となりません。