（様式２）

介護支援専門員業務従事証明書

令和　　年　　月　　日

所在地

法人又は施設・
事業所の名称

代表者氏名　　㊞

（電話番号　　－　　－　　）

次の者が介護支援専門員として従事した期間等は下記のとおりであることを証明します。

氏　　名	
住　　所	

記

施設・事業所名	
専任従事期間	平成 令和　　年　　月　　日　～　平成 令和　　年　　月　　日 年　　ケ月
兼務従事期間	平成 令和　　年　　月　　日　～　平成 令和　　年　　月　　日 兼務先事業所等名（　　） 兼務の内容(職種)（　　）

注）・専任従事期間とは、介護支援専門員として常勤専従している期間及び常勤であって当該事業所の管理者を兼務している期間です。
・他の事業所との兼務や当該事業所の管理者以外の職種を兼務している期間は、専任従事期間ではなく、兼務従事期間に記載してください。
・ただし、「在宅介護支援センター」業務との兼務のみ、兼務期間は専任期間に含めた上で、必ず在宅介護支援センター名とその兼務内容(職種)を記入してください。