

実務経験等証明書

年 月 日

認定介護福祉士認証・認定機構
認定介護福祉士認定部会長 殿

法人等名
所在地
連絡先
代表者名 印

次の者は、以下のとおり、認定介護福祉士の更新に必要とされる下記に示す実務経験があることを証明します。

氏 名
生年月日
現 住 所
施設・事業所名
施設・事業所種類
職種（職名）
従業期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
従事日数 日以上

(対象となる実務経験等の範囲)

教育指導	<ul style="list-style-type: none">施設・事業所等の経営者・管理者、介護部門・ユニット等のリーダー施設・事業所等の研修責任者介護職員・支援員（支援に係る委員会活動や後輩等の指導経験を有すること）介護福祉士の実務者に対する指導経験を有する介護教員 等、教育指導に係る活動実践のある者
連携協働	<ul style="list-style-type: none">サービス提供責任者、サービス管理責任者（主任）介護支援専門員、相談支援専門員 等、連携協働の中心となって活動する者
地域支援	<ul style="list-style-type: none">地域支援コーディネーター、生活支援コーディネーター地域ケア会議、自立支援協議会、要保護児童対策地域協議会のメンバー 等、地域支援を行う者
その他、認定介護福祉士として求められる役割を担う立場で従事する者（介護認定調査員など）	