

東京都主任介護支援専門員更新研修  
実務経験証明書

年 月 日

(所在地)

(区市町村名又は地域包括支援センター名)

(代表者名)

公印

(担当者氏名)

(連絡先電話番号)

下記の者は、令和6年7月1日までの期間において、当地域包括支援センターで勤務し、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に従事した経験を有することを証明します。

フリガナ		介護支援専門員登録番号
申込者氏名		
主任(更新)研修を 修了した日	年 月 日	
上記修了日以降の 実務従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	

**【注意事項】**

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず区市町村又は地域包括支援センターの証明権限を有する方が作成してください。
- 実務経験証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- 指定予防支援業務のみ従事している場合は本証明書の対象にはなりません。
- 本証明書では現時点で有効期間を有する主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修を修了した日から令和6年7月1日までの期間を証明してください。  
**期間の終期も記載してください。従事中の場合は、～令和6年7月1日となります。**

東京都主任介護支援専門員更新研修  
管理者配置実績証明書

年 月 日

(所在地)

(法人名)

(法人代表者名)

実印

(担当者氏名)

(連絡先電話番号)

下記の者は、令和6年7月1日までの期間において、当法人の以下の事業所において、  
管理者として配置していたことを証明する。

フリガナ		介護支援専門員登録番号
申込者氏名		
フリガナ		
事業所名		
事業所所在地	〒	
主任(更新)研修を 修了した日	年 月 日	
上記修了日から 管理者として 配置した期間	年 月 日 ~	年 月 日
	年 月 日 ~	年 月 日
	年 月 日 ~	年 月 日

【注意事項】

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。  
必ず法人の証明権限を有する方が作成してください。
- 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- 本証明書では現時点で有効期間を有する主任介護支援専門員研修又は主任介護支援  
専門員更新研修を修了した日から令和6年7月1日までの期間を証明してください。  
期間の終期も記載してください。従事中の場合は、～令和6年7月1日となります。

東京都主任介護支援専門員更新研修  
地域ケア会議参画証明書

年 月 日

(所在地)  
(地域ケア会議主催者名)  
(代表者名)



担当者氏名  
連絡先電話番号

下記の者は、令和6年7月1日までの期間において、当地域ケア会議に参画した実績を有することを証明します。

フリガナ		介護支援専門員登録番号
申込者氏名		
主任(更新)研修を 修了した日	年 月 日	
上記修了日以降参画した 地域ケア会議名	出席日	種別(該当するものに○)
	年 月 日	委員・オブザーバー
	年 月 日	委員・オブザーバー
	年 月 日	委員・オブザーバー
	年 月 日	委員・オブザーバー
	年 月 日	委員・オブザーバー
	年 月 日	委員・オブザーバー

**【注意事項】**

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず地域ケア会議の主催者（区市町村又は地域包括支援センター）の証明権限を有する方が作成してください。
- 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- 本証明書では現時点で有効期間を有する主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修を修了した日から令和6年7月1日までの期間を証明してください。

東京都主任介護支援専門員更新研修  
ケアプラン点検協力証明書

年 月 日

(所在地)  
(区市町村名又は地域包括支援センター名)  
(代表者名)

公印

(担当者氏名)  
(連絡先電話番号)

下記の者は、令和6年7月1日までの期間において、調布市が実施したケアプラン点検に協力者として点検を行った実績を有することを証明します。

フリガナ		介護支援専門員登録番号
申込者氏名		
主任(更新)研修を 修了した日	年 月 日	
上記修了日以降のケアプラン点検実施日		備考
平成 年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

【注意事項】

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ずケアプラン点検の実施者（区市町村又は地域包括支援センター）の証明権限を有する方が作成してください。
- 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- 本証明書では現時点で有効期間を有する主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修を修了した日から令和6年7月1日までの期間を証明してください。

東京都主任介護支援専門員更新研修  
研修講師等証明書

年 月 日

(所在地)  
(区市町村名又は地域包括支援センター名)  
(代表者名)

公印

(担当者氏名)  
(連絡先電話番号)

下記の者は、令和6年7月1日までの期間において、介護支援専門員向けの研修会において講師等を行った実績を有することを証明します。

フリガナ				介護支援専門員登録番号
申込者氏名				
主任(更新)研修を 修了した日	年 月 日			
研修会名	講師等実施日	講師等を担当した研修の主な内容	種別(該当するものに○)	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	

**【注意事項】**

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず研修主催者（区市町村又は地域包括支援センター）の証明権限を有する方が作成してください。
- 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- 本証明書では現時点で有効期間を有する主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修を修了した日から令和6年7月1日までの期間を証明してください。

東京都主任介護支援専門員更新研修  
研修受講履歴証明書

年 月 日

(所在地)  
(主催者名)  
(代表者名)  
  
(担当者氏名)  
(連絡先電話番号)

公印  
又は  
実印

下記の者は、ケアマネジメントの質の向上を目的とした研修及び主任介護支援専門員として  
資質向上を図る研修会を受講したことを証明します。

フリガナ			介護支援専門員登録番号
申込者氏名			
主任(更新)研修を 修了した日	年 月 日		
研修会名	開催日時	研修の主な内容	

【注意事項】

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず研修主催者の証明権限を有する方が作成してください。
- 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- 本証明書では現時点で有効期間を有する主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修を修了した日から令和6年3月31日までの期間を証明してください。

東京都主任介護支援専門員研修  
実務経験証明書

令和 年 月 日

所在地  
法人等団体名  
代表者職・氏名

実印

担当者氏名  
連絡先電話番号

下記の者は、標記研修の受講を申し込むに当たり、令和6年7月1日までの期間において、**常勤専従の介護支援専門員**として、以下のとおり勤務した経験を有することを証明します。

フリガナ			介護支援専門員登録番号									
申込者氏名												
事業所名												
	事業種別		事業所番号									
所在地	〒											
実務従事期間 (常勤専従) (A)	年 月 日 ~ 年 月 日 (上記のうち、病休等により実務に従事していなかった期間又は非常勤・兼務等算定除外期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 通算 [ 年 か月]											

## 居宅介護支援事業所以外の管理者と介護支援専門員を兼務した期間(該当者のみ記入) (※4)

実務従事期間 (兼務) (B)	年 月 日 ~ 年 月 日 (上記のうち、病休等により実務に従事していなかった期間等算定除外期間) 年 月 日 ~ 年 月 日											
	通算 [ 年 か月]	事業種別										

## 【注意事項】

- ※1 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成してください。(申込者と証明権限を有する者とが同一の場合を除きます。)
- ※2 実務経験証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- ※3 管理者と介護支援専門員の兼務は「常勤専従」とみなしますので、期間に算入することができます。
- ※4 居宅介護支援事業所で管理者と介護支援専門員を兼務している場合は、A欄に兼務期間を含めて記載し、B欄には記載しないでください。
- ※5 居宅介護支援事業所以外で常勤専従の期間と兼務の期間がある場合には、A欄とB欄に分けて記載してください。
- ※6 基準日時点で現任であることがわかるよう、「～令和6年7月1日」のように期間の終期も記載してください。

東京都主任介護支援専門員更新研修  
研 修 受 講 記 録 (ウ (ア) 関係)

フリガナ		介護支援専門員登録番号
申込者氏名		
研修会名	開催日時	研修主催者名

1 研修概要

2 研修を受講しての感想（400字以上800字以内で記載）

※研修を受講して得たことやケアマネジメントの実践に活かせること、更に学習する必要があると考えること等について記載

（別紙に記載）

【添付資料】

研修実施機関発行の以下の事項が確認できる書類（開催通知やプログラム等の写し）

≪記載事項≫

主催者名、研修会名、開催日時、研修次第（プログラム）



東京都主任介護支援専門員更新研修  
研修受講履歴一覧

No. \_\_\_\_\_

フリガナ		介護支援専門員登録番号
申込者氏名		

※研修の受講年度が新しい順(令和5年度、4年度、3年度、2年度…の順)に御記入ください。

No.	受講年度 (該当に○)	研修名	開催日時	研修主催者名	研修の主な内容	証明書等 提出(※) (該当に○)
1	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5		平成 年 月 日 令和			
2	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5		平成 年 月 日 令和			
3	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5		平成 年 月 日 令和			
4	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5		平成 年 月 日 令和			
5	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5		平成 年 月 日 令和			
6	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5		平成 年 月 日 令和			
7	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5		平成 年 月 日 令和			
8	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5		平成 年 月 日 令和			

- ※1 記載する欄が足りない場合、本用紙を複製し、御使用ください。(複製する場合は右上に番号を振ってください。)
- ※2 直近の主任研修等修了日の属する年度の翌年度から令和5年度までの期間で毎年度4回以上の研修が必要です。(ただし、新型コロナウイルス感染症の影響による特例措置あり)
- ※3 証明書類(調布市参考様式6、調布市別記様式1等)を提出する研修は、「証明書等提出」欄に○をつけてください。
- ※4 「研修の主な内容」欄には、ケアマネジメントの質の向上を目的とした研修又は主任介護支援専門員としての資質向上を図る研修であることが分かるように具体的に御記載ください。

<記入例>  
調布市別記様式2  
東京都主任介護支援専門員更新研修  
研修受講履歴一覧

No. 1

フリガナ	トウキョウ ハナコ	介護支援専門員登録番号							
申込者氏名	東京 花子	1	2	3	4	5	6	7	8

※研修の受講年度が新しい順(令和5年度、4年度、3年度、2年度…の順)に御記入ください。

No.	受講年度 (該当に○)	研修会名	開催日時	研修主催者名	研修の主な内容	証明書 等提出 (※) (該当に○)
1	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5	第1回中規模研修	平成 5年6月10日 令和	東京都介護支援専門員研究協議会	スーパービジョンの基礎的理解と事業所内における活用方法	○
2	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5	第2回事例検討会	平成 5年9月1日 令和	〇〇区介護支援専門員連絡会	難病の事例における支援方法について検討する	○
3	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5	自立支援・重度化防止に向けた介護支援専門員研修	平成 5年12月17日 令和	東京都	自立支援・重度化防止について、ケアマネジメントに関する基本方針等	○
4	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5	実務者研修「令和6年度介護報酬改定」(オンライン)	平成 6年2月1～10日 令和	〇〇区	報酬改定において新設される加算や算定要件等	○
5	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5	副題がある場合は記載する	平成 6年3月22日 令和			
6	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5	講義視聴方式のオンライン研修で、視聴期間が定められている場合は、期間での記入も可能	平成 年 月 日 令和			
7	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5		平成 年 月 日 令和			
8	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5	<よくない記載例> 医療連携	平成 年 月 日 令和	〇〇病院	医療連携	

<研修の主な内容>  
証明書の記載に関わらず、研修の具体的内容がわかるように記載してください。  
(空欄不可)  
※直近の年度に5回以上受講していた場合でも証明書は4回分の提出でよい。

※よくない記載例  
・すべての研修で同じ記載  
・第〇回ブロック研修(研修名ではなく、研修の内容を記載してください)  
・事例検討(事例検討会の場合、事例の内容や検討事項を記載してください)

副題がある場合は記載する

講義視聴方式のオンライン研修で、視聴期間が定められている場合は、期間での記入も可能

<よくない記載例>  
医療連携

主催者が対象外(委託や共催の場合、わかるように記載してください)

研修会名と同じ(何を学習したのかわかるように、具体的内容を記載してください)

- ※1 記載する欄が足りない場合、本用紙を複製し御使用ください。(複製する場合、番号を振ってください。)
- ※2 直近の主任研修等修了日の属する年度が必要です。(但し、新型コロナウイルス感染症の影響により、研修が中止となった場合は、その旨を記載してください。)
- ※3 証明書類(参考様式6、別記様式1等)を提出してください。
- ※4 「研修の主な内容」欄には、ケアマネジメントの質の向上を目的とした研修の資質向上を図る研修であることが分かるように具体的に御記載ください。