

・この総括表は、実務従事期間合計が5年以上であることを確認するための様式です。

(ケアマネジメントリーダー及び認定ケアマネジャーの場合は3年以上)

・実務経験証明書(申込様式主-3)の事業所ごとに記入してください。

実務経験証明書を提出できない事業所での従事経験は、実務従事期間に含めることはできません。

算定対象期間は「~5月」

・現在所属している事業所の記載及び証明書の添付は必ず行ってください。算定期間の終わりは便宜上「~令和7年6月1日」と記載してください。

申込書式 主-2 総括表

記載例 1

【記載例】 申込様式 主-2 総括表

東京都主任介護支援専門員研修  
実務経験証明書 総括表

|                  |             |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|
| トウキョウ ハナコ        | 介護支援専門員登録番号 |   |   |   |   |   |   |   |
| 受講希望者氏名<br>東京 花子 | 1           | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

【注意事項】

1. 実務従事期間が古い順に記入してください。
2. 過去の証明書において5年以上又は3年以上の従事期間を証明できていたとしても、

令和7年6月1日現在の勤務先の証明書は必要です。

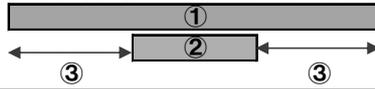
従事期間のうち、1か月に満たない部分は切り捨てます。

主-3の右上『総括表No.』に該当のNo.をご記入ください。

通算期間の計算方法

・実務従事期間の間に除算期間がある

・実務従事期間の後ろに除算期間がある



通算期間

= ①実務従事期間 - ②除算期間

| No. | 事業所名                  | ①実務従事期間                   | ②除算期間              | ③算定対象期間             | 通算期間  |
|-----|-----------------------|---------------------------|--------------------|---------------------|-------|
| 1   | 〇〇ケアサービス<br>居宅介護支援事業所 | ① 平成29年2月16日 ~ 平成31年3月25日 | ② (除算期間) ~         | ③ 平成29年3月 ~ 平成31年2月 | 2年0か月 |
|     |                       | ① 平成令和3年4月5日 ~ 平成令和7年6月1日 | ② (除算期間) 年月日 ~ 年月日 | ③ 令和3年5月 ~ 令和7年5月   | 4年1か月 |
|     |                       | ① 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日     | ② (除算期間) 年 月 日 ~   | ③ 年 月 ~             | か     |
| 5   |                       | ① 平成 年 月 日 ~              | ② (除算期間) 年 月       | ③ 年 月 ~             |       |
|     |                       | ① 平成 年 月 日 ~              | ② (除算期間) 年 月       | ③ 年 月 ~             |       |
|     |                       | ① 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日     |                    |                     |       |

①実務従事期間：  
介護支援専門(ケアマネジャー)として従事した期間

②除算期間：  
介護支援専門員として従事していない期間  
例：休職や他職種での勤務等

従事期間は和暦で記載してください。  
※エクセルに入力すると自動計算されます。  
該当セルを選択し、【yyyy/mm/dd】方式で日付を入力します。エンターキーを押下すると和暦に変換されます。  
なお、除算期間がある場合は、自動計算されませんので手計算をお願いします。

③算定対象期間の記入方法

●期間の開始日

「1日」以外の場合は翌月

例1：①4月15日~7月31日の場合は

③5月~7月 となり、

通算期間は0年3か月 と計算します。

●期間の終了日

「末日」以外の場合は前月

例2：①4月1日~7月5日の場合は

③4月~6月 となり、

通算期間は0年3か月 と計算します。

また、1か月間のうち1日でも従事していない期間がある場合、該当月は算定対象外になります。

申込書式  
主-3 実務経験証明書

記載例②

申込様式 主-3

総括表No.

総括表の何番目に対応する  
証明書なのかがわかるよう  
総括表Noを記載してください。

証明年月日を記入してください。(受  
講申込書に記載した申込年月日以前  
の日付としてください。)

東京都主任介護支援専門員研修  
実務経験証明書

令和 7 年 月 日

今後の問い合わせ先として、  
担当者名・連絡先電話番号を  
記入してください。

・法人の代表者が発行し、実印か角印を押印すること。  
(法人の代表者以外が発行した場合や、社名が印字されていない  
押印の場合は無効となります。また、電子印は不可です。)

・以前の勤務先の事業が別法人に引き継がれている  
場合は、引継ぎ先の法人が作成してください。

・法人の解散等があり、法人代表者名等で社名入りの押印が  
不可能な場合は、現在証明権限を有する方(元代表者等)  
の実印を押印してください。

所在地  
法人等団体名  
代表者職・氏名  
担当者氏名  
連絡先電話番号

社名入り  
の印  
(実印か角印)

〇に当たり、基準日(令和7年6月1日)までの期間  
勤務した経験を有することを証明します。

申込者が、在籍当時に旧姓で勤務を行っ  
ていた場合は以下のように記入してくだ  
さい。  
例:東京(旧姓:江戸)花子

|         |                  |            |                 |
|---------|------------------|------------|-----------------|
| フリガナ    | トウキョウ ハナコ        | 介護支援専門員登録番 | 1 3 0 0 0 0 0 0 |
| 受講希望者氏名 | 東京 花子            |            |                 |
| 事業所名    | 特別養護老人ホームとちょうホーム | 事業所番号      | 1 3 0 0 0 0     |
| 所在地     | 〒 一              |            |                 |

・同一法人内でも各事業所につき1枚の  
証明書を作成してください。  
・事業所番号の変更があった場合は別  
事業所と判断し、番号ごとに証明書を  
作成してください。

管理者と兼務してい  
た期間は、こちらに含  
めてください。

介護支援専門員として従事していた期間、割合を記載してください。

|                   |   |                                      |                          |                                 |
|-------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 勤務形態等<br>(該当に○)   | <input checked="" type="radio"/> 常勤           | <input checked="" type="radio"/> 非常勤 | <input type="radio"/> 専従 | <input type="radio"/> 非専従(兼務あり) |
| 介護支援専門員<br>実務従事期間 | 平成 31 年 4 月 5 日 ~ 平成 7 年 6 月 1 日(※4)          |                                      |                          |                                 |
|                   | (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がある場合は以下に記載してください) |                                      |                          |                                 |
|                   | 年 月 日   | 年 月 日                                |                          |                                 |
|                   |   |                                      | 専従に○をした方は「10」と記入⇒        | 割合 8 割                          |

介護支援専門員と管理者  
を兼務していた場合は、  
『専従』に○

非専従(介護支援専門員と別の職種を兼務)の場合、その職種・期間・割合を記載してください。

|     |                                   |
|-----|-----------------------------------|
| 職種  | 介護職員                              |
| 期間  | 平成 31 年 4 月 5 日 ~ 平成 2 年 3 月 31 日 |
|     | 割合 2 割                            |
| 備考欄 |                                   |

【注意事項】

- ※1 受講希望者が自書した場合、本証明書は無効となります。団体・法人等の証明権限を有する方が必ず作成してください。(受講希望者と証明権限を有する者が同一の場合を除く。)
- ※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
- ※3 管理者と介護支援専門員の兼務は、専任の介護支援専門員
- ※4 現在の勤務先である事業所が作成する際は、基準日時点で勤務していることがわかるよう「~令和7年6月1日」と記載してください。
- ※5 日付は、和暦(平成・令和)で記載をお願いします。
- ※6 割合は、合わせて10割になるようにご記入をお願いします。

・従事期間は和暦で記載すること。  
・現在勤務している事業所は「~令和7年6月1日」と記載してくだ

【算定除外期間の例】

- ・非専従(兼務あり)で介護支援専門員としての従事割合が5割未満
- ・休職期間(病気休業、産休、育児休業等)
- ・要介護認定のための認定調査のみを行っている場合

介護支援専門員以外の職種を兼務していた期間はありますか?  
ある ない → 割合に「10」と記入  
↓  
その期間の、介護支援専門員として従事した割合は何割ですか?  
5割未満 5割以上 → 除算期間はありませぬ。  
↓  
介護支援専門員として実務に従事していなかった期間は【除算期間】となり、  
算定対象期間となりませぬ。

## 実務経験証明書の作成依頼について

### 受講希望者様

実務経験証明書につきまして、証明権限を有する方（書類を作成する方）に書類作成を依頼する際は、担当者に以下の書類一式をお渡しく下さい。また、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、研修の申込みができなくなりますので、書類記載の留意事項等にお目通しいただいたうえで作成をお願いしてください。

（書類）

- 実務経験証明書の作成依頼について（本書類）
- 申込様式 主-3 東京都主任介護支援専門員研修 実務経験証明書
- 【記載例】申込様式 主-3 実務経験証明書

### 法人代表者様(書類作成ご担当者様)

東京都主任介護支援専門員研修の申込みに係る「実務経験証明書」の発行をお願いいたします。

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、被証明者（受講希望者）は研修の申込みができなくなります。以下の留意事項や記載例をご参照いただきながら、誤りのないように作成をお願いいたします。

#### 【実務経験証明書作成上の主な留意事項】

|         |   |
|---------|---|
| No.     | 被証明者（受講希望者）が用意した実務経験証明書が複数枚となる場合に記入する通し番号です。「No.」欄は受講希望者本人が記入してください。  |
| 証明年月日   | 被証明者（受講希望者）が作成する「受講申込書」に記載される年月日以前の日付としてください。   |
| 証明者名等   | 証明者は法人の代表とし、社名入りの実印を押印してください。証明者が法人の代表者でない、または、実印が押印されていない(例：電子印等)証明書は無効となります。  |
| 受講希望者氏名 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 被証明者（受講希望者）の氏名をご記入ください。</li> <li>● 過去に勤務した者について実務経験を証明する場合において、該当者が勤務当時は旧姓である場合は、「現在の姓（旧姓：当時の姓）名」と表記してください。<br/>＜例＞東京（旧姓：江戸）花子</li> </ul>  |
| 事業所名    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 被証明者（受講希望者）が勤務している（していた）事業所名及び事業所番号を記入してください。</li> <li>● 同一法人・団体等であっても、勤務先事業所が複数ある場合は、一事業所につき1枚ずつ証明書を発行してください。</li> </ul>  |
| 所在地     | 勤務先事業所の所在地を記入してください。  |
| 実務従事期間  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 証明者は必ず、被証明者（受講希望者）の業務状況を書類等（「従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」等）で確認したうえで証明を行ってください。</li> <li>● 被証明者（受講希望者）が「介護支援専門員」として「専任」で実務に従事した期間を記入してください。なお、管理者と兼務していた場合は「専任」に含みます。<br/><b>なお、専任とは、5割以上を介護支援専門員として従事していることをいいます。</b></li> <li>● 介護支援専門員として配置され、現にケアプラン（予防を含む）を作成している状態を「介護支援専門員として従事している」とものとします。要介護認定のための認定調査のみを行っている場合は実務従事期間に算入できません。</li> <li>● 管理者以外を兼務している場合は、割合の欄も忘れずご記入ください。</li> <li>● 病休等により実務に従事していなかった期間がある方は、「実務従事期間」の下段にご記載ください。詳しくは、実務経験証明書の記載例をご覧ください。</li> <li>● 実務従事期間から除算期間を差し引いた通算期間を算出してください。なお、1か月に満たない部分は切り捨てます。</li> </ul> |

※記載方法や留意点の詳細は記載例をご確認ください。