

令和5年度主任介護支援専門員研修
在職証明書

令和 年 月 日

事業所の所在地

事業所名称

代表者職・氏名 公印

(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あたり、施行規則第140条の66第1号イ(3)に規定する主任介護支援専門員に
準ずる者として、以下のとおり現に地域包括支援センターに配属されていることを証明します。

記

フリガナ		生年 月日	(昭和・平成) 年 月 日
氏名			
地域包括支援 センター名称			
実務 従事期間	年 月 日 ~ 現在		

※証明者が押印した原本を提出してください。