様式3:受講対象（１）の（ウ）の者用

在職証明及び受講推薦書

令和６年　　月　　日

所属法人等団体名

代表者職・氏名

所属事業所・施設名

所属事業所・施設の所在地　〒

電話番号

所属（事業所・施設）情報

　（１）貴所属事業所・施設の介護支援専門員数　（専任　　　　人・兼任　　　人）

　（２）貴所属事業所・施設の主任介護支援専門員数　（　　　　人）

　　　　貴所属事業所・施設の同一法人内の主任介護支援専門員数　（　　　　人）

　　下記の者の令和６年８月１日現在、主任介護支援専門員に準ずる者として在職していることを証明します。

また、他の介護支援専門員への助言及び指導等に従事するにふさわしい者であることから、研修受講者として推薦します。

なお下記の者が、県及び市町村等が実施する介護支援専門員に関する研修の講師等を含め、地域包括ケアシステムの推進に積極的に協力することに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　　 名 |  |
| 生 年 月 日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　月　　日 |
| 介護支援専門員証番号（登録番号） |  |
| 常勤専従の介護支援専門員として従事した期間（注） | 　　　年　　　月　　　日 ～　　　年　　　月　　　日上記のうち、病休・産育休等により実務に従事していなかった期間　　　年　　　月　　　日 ～　　　年　　　月　　　日従事期間合計　　　年　　　ヶ月（※ 従事期間のうち、1ヶ月に満たない部分は切り捨て） |

　（注）主任介護支援専門員に準ずる者として配置されていることの証明となる資料を添付ください。

　　　（ケアマネジメントリーダー研修修了証明書（写し））