様式4-2:受講対象（２）のエの（イ）の者用

在職証明及び受講推薦書

令和６年　　月　　日

市町村名

市町村長名

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）

下記の者は、令和６年８月１日現在、地域包括支援センターに配置又は配置予定であ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ことにふさわしい者であることから、研修受講者として推進します。

　　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） |  |
| 保険者における介護給付適正化事業（ケアプランチェック等）従事期間・  従事所属 | 年　　　月　　　日 ～　　　年　　　月　　　日  （従事期間：　　　年　　　ヶ月）  （従事所属名：：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 地域包括支援センター  配置年月日  （現在の所属が包括である場合に記入） | 年　　　月　　　日 ～ 現在  従事期間合計　　　年　　　ヶ月 |
| 地域包括支援センター  配置予定年月日  （今後、配置予定である場合） | 年　　　月　　日　配置予定 |

　（注）この様式の他、実務経験証明書（様式２-２）による３年（36ヶ月）以上の実務経験証明書を添付す

ること。