

# 地域包括支援センター勤務証明書

年 月 日

法人名：

法人代表者名：

印

所在地：

TEL：

FAX：

連絡担当者：

次の者は、地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配置され、勤務したことを証明します。

申込者氏名								
介護支援専門員 登録番号								
地域包括 支援センター名								
地域包括支援 センター勤務期間	年 月 日 から		年 月 日		まで			
備 考	※病気休業・育児休暇等で休んでいた時期があれば記載してください。							
	年 月 日 から		年 月 日		まで			
	(通算 年 月 日)							
	年 月 日 から		年 月 日		まで			
	(通算 年 月 日)							
	年 月 日 から		年 月 日		まで			
	(通算 年 月 日)							
	年 月 日 から		年 月 日		まで			
	(通算 年 月 日)							

【記入上の注意】

- 申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず法人の代表者や、証明権限を有する方が作成してください。
- 病気休業・育児休暇などの期間を差し引いて主任介護支援専門員の実務経験が3年未満となる場合、受講要件を満たしませんのでご注意ください。