

(様式2)

「令和5年度 沖縄県主任介護支援専門員研修」
地域包括支援センターにおける主任介護支援専門員に準ずる者としての在籍証明書

証明年月日：令和5年 月 日

※ 法人等団体名： _____

※ 代表者氏名： _____ 印

※ 法人所在地：〒 _____

※ 作成担当者氏名： _____

(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、地域包括支援センターに「主任介護支援専門員に準ずる者」として配置され、当該業務に従事している者であることを証明します。

ふりがな			(昭和・平成)	介護支援専門員登録番号
申込者氏名		生年月日	年 月 日	
地域包括支援センター名				
事業所又は施設の所在地	〒 —			
主任介護支援専門員に準ずる者として配置した期間	①	年 月 日 ~ 年 月 日 【 年 ヶ月 日】		
	②	上記①のうち、産休・育休・休職などにより業務に従事なかった期間 年 月 日 ~ 年 月 日 【 年 ヶ月 日】		
	③	主任介護支援専門員準ずる者として配置した期間 ① - ② 【 年 ヶ月 日】		

- ① 申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず事業所等の代表者等、証明権限を有する方が作成してください。
- ② 『主任介護支援専門員準ずる』者とは、主任介護支援専門員に準ずる者として、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成14年4月24日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者。
- ③ 予防プランの作成のみ(プランナー)の方は、「主任介護支援専門員に準ずる者」には該当しません。
- ④ 「常勤時間数」とは、就業規則等で事業所ごとに定められている時間数となります。常勤時間数を満たしていない場合、「常勤専従の介護支援専門員」とは認められません。虚偽がある場合は、受講又は修了が取消となります。
- ⑤ ケアマネジメントリーダー研修の修了書の写しが必要です。