（様式２）

**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**

（受講要件【3】で申し込まれる方）

証明年月日：令和　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、主任介護支援専門員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 |  | | 生年 月日 | （昭和・平成）  年　　月　　日 | 介護支援専門員登録番号 |
| 申込者氏名 |  | |  |
| 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。 | | | | | |