（地域包括支援センター職員，市町村職員のみ提出）

主任届出様式３

令和５年度主任介護支援専門員研修

地域包括支援センター及び市町村職員在籍証明書

令和　　年　　月　　日

市町村又は事業所所在地及び名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

作成担当者氏名

連絡先電話番号　　　　（　　　）

ＦＡＸ番号　　　 （　　　）

　下記の者について，令和５年度主任介護支援専門員研修を受講するにあたり，研修申し込み時点において下記事業所等に在籍していることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 介護支援専門員 　登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 在籍期間（配属期間）及び業務内容 | （西暦）年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 上記のうち，実務に従事していなかった期間（※産休・育休・病休などで実務をしていない時期を実務従事期間に含めることはできません。）年　　　月　　　日　　　～　　　　　　年　　　月　　　日通算実務従事期間【　　　　年　　　　か月】 |
| 業務内容　 |
| 事業所名（所属課名） | 　 |
| 事業所指定番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【注意事項】

※　複数枚必要な場合はコピーして使用してください。

※　上記の内容に記入漏れ，不備，不明な点がある場合は，確認をさせていただき，必要に応じ再提出をしていただくことがあります。

※　虚偽の申請があった場合は，研修受講決定取り消し等の対応をいたします。

※　産休・育休・病休等により実務に従事していなかった期間は含めません。

※　施設又は事業所の代表者名は，申込者が現任の介護支援専門員であることを証明できる方であれば本社，支社，事業所いずれでも可とします。

※　作成担当者は，証明した内容について問い合わせをする時の担当者名を記入してください。