（様式４）

令和６年度主任介護支援専門員更新研修証明書（要件②）

令和　　年　　月　　日

実施機関名

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６年度主任介護支援専門員更新研修実施要領第３②に該当する研修を修了したことを証明します。

|  |
| --- |
| 該当する□にチェックを入れてください。 |
| ②地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年４回以上参加した者最後に修了した主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修の修了日から数えて、次のいずれかの研修（主任介護支援専門員の資質向上に関連のある研修に限る。）に４回以上参加した年度が１回以上ある者とします。[ ] 　イ　県，市町村及び一般社団法人日本介護支援専門員協会（都道府県支部を含む）が開催する法定外研修（実施機関において参加の証明があるものに限る。）[ ] 　ロ　地域包括支援センター及び職能団体等が開催する法定外研修で，知事が適当と認める研修（実施機関において，参加の証明及び当該研修の受講要件に該当する研修と認める証明があるものに限る。）[ ] 　ハ　その他，知事が適当と認める研修 |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな 氏　　名  |  |
| 介護支援専門員 登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 研修名称 | 研修内容 | 実施日 |
|  |  | 　年　　月　　日 |
|  |  | 　　年　　月　　日 |
|  |  | 　年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |

【注意事項】

※　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。

※　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。

※　実施機関毎に証明書を作成してください（例：Ａ機関の研修を２回，Ｂ機関の研修を２回受講した場合は計２枚の証明書を作成）。

※　「ハ　その他，知事が適当と認める研修」を選択する場合は，事前にお問い合わせください。