

(様式 4)

「令和 3 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在籍証明書

令和 3 年 月 日

※ 法人名： _____

※ 代表者名： _____ 印

※ 法人所在地： _____
〒 _____

※ TEL： _____ FAX： _____

※ 連絡担当者名： _____

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。

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									
職 名									
主任介護支援専門員に準ずる 者として配置した月日	年 月 日 から		年 月 日		まで (通算 年 月 日)				
貴事業所における 常勤時間数	週	時間	申込者の 勤務時間数		週	時間			
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。								
	①	年	月	日	から	年	月	日	まで (通算 年 月 日)
	②	年	月	日	から	年	月	日	まで (通算 年 月 日)
	③	年	月	日	から	年	月	日	まで (通算 年 月 日)

【記入上の注意】

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に準ずる者とは、「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養成研修を修了し、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（「地域包括支援センターの設置運営について」（一部改正：平成 25 年 3 月 29 日付、平成 18 年 10 月 18 日付老計発第 1018001 号・老進発第 1018001 号・老老発第 1018001 号）通知より抜粋）
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。