【様式４-２】受講要件（１）③の方

**令和７年度　主任介護支援専門員研修　実務経験（見込）・在籍証明書**

**（地域包括支援センター）**

作成日：令和　　年　　月　　日

愛媛県社会福祉協議会会長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域包括支援センター名 | 職印 | |
| センター長名 |  | |
| 住所 | （〒　　　-　　　） | |
| 証明書作成者 | （所属・役職） | （氏　名） |
| 連絡先電話番号 |  | |

下記の者が、標記研修の受講を申し込むにあたり、**主任介護支援専門員に準ずる者**として、当地域包括支援センターに配置されている現任の介護支援専門員であることを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講申込者氏名 |  | | 介護支援専門員証登録番号（８桁） | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 昭　和　・　平　成　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 主任介護支援専門員に準ずる者の要件  ※該当に☑をいれること。 | （１）  □ | ・ケアマネジメントリーダー研修を修了している  ・介護支援専門員としての実務経験を有している  ・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 | | | | | | | | |
| （２）  □ | ・地域包括支援センターが育成計画を策定している  ・センターに現に従事する主任介護支援専門員のもと、将来的な　主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員である  ・介護支援専門員として従事（専任か否かは問わない。）した期間  が通算５年以上である | | | | | | | | |
| 介護支援専門員として従事した期間 | 平　成　・　令　和　　　　　　年　　　　月　　　　日　～  平　成　・　令　和　　　　　　年　　　　月　　　　日  合計　　　年　　　か月　　日 | | | | | | | | | |

**【注意事項】**

※１　必ず所属長等の証明権限を有する方が記載してください。受講申込者が自署した場合、本証明書は無効となります。

※２　主任介護支援専門員に準ずる者の（１）（２）のいずれかの要件をすべて満たしているか☑をいれ確認してください。

少し、わかりやすい表現がよいと思いますがご助言ください

※３　作成日を必ず記入してください。この証明の作成日までの勤務期間を記入し、合計を記入してください。

※４　記載内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。