【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。