【様式４-３】受講要件（１）④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等）**

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等 | 職印 | |
| 代表者名 |  | |
| 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、介護支援専門員の資格を有する者で、市町が設置する介護保険関係の相談窓口（地域包括支援センター等）において、地域の介護支援専門員からの相談・支援等の業務に従事した（介護支援専門員として実務に従事した期間を含む。）経験がある者として証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講申込者氏名 |  | 介護支援専門員証登録番号（８桁） | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域包括支援センター名等 |  | | | | | | | | |
| 職名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭　和　・　平　成　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 従事期間  ※見込み含む | 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　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。」作成日現在までに、期間が要件に満たない場合は、令和７年７月１４日（月）までの見込み期間を記入してください。従事期間が要件を満たし次第、速やかに確定した本様式をご提出ください。

※３　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。