

令和 6 年度 主任介護支援専門員研修
優先枠申込書類

(別添様式 3)

主任介護支援専門員研修 地域包括支援センター証明書

一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会長 様

センター所在地及び名称

代表者氏名

職印

下記の者にかかる当センターにおける勤務状況等について証明します。

証明年月日	令和 年 月 日 (※未記入の場合、証明書は無効となります。)						
フリガナ				生年月日	昭和・平成		
受講申込者氏名					年	月	日生
介護支援専門員 登録番号							
勤務の状況	<input type="checkbox"/> 現に勤務している (勤務開始日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 今後、勤務予定である (勤務開始予定日: 年 月 日)						
センターの状況	介護保険法施行規則第 140 条の 66 に基づく 配置を必要とする主任介護支援専門員数					人	
	現に配置されている主任介護支援専門員数					人	