

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1)

主任介護支援専門員研修 管理者要件配慮措置証明書

一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会長 様

事業所の所在地及び名称

代表者氏名

職印

当事業所においては、令和2年6月5日付け老振発0605第2号厚生労働省老健局振興課長通知に基づき計画書を保険者に提出するとともに、主任介護支援専門員ではない下記の者を、現に管理者として配置している、又は今後、管理者として配置予定であることを証明します。

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								

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2)

主任介護支援専門員研修 管理者要件経過措置証明書

一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会長 様

事業所の所在地及び名称

代表者氏名

職印

下記の者について、令和3年3月31日時点で当事業所の管理者であり、かつ、現に管理者であることを証明します。

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								

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	