

受講要件

**③主任介護支援専門員に準ずる者として地域包括支援センターに配属されている者用
(ケアマネジメントリーダー養成研修修了者)**

地域包括支援センター在職証明書

令和 年 月 日

三重県医療保健部長寿介護課長 宛て

事業所の所在地

事業所の名称

代表者職氏名

電話番号 ()

担当者氏名

下記の者は、介護保険法施行規則第 140 条の 66 第 1 号イ（3））に規定される主任介護支援専門員に準ずる者として、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成 14 年 4 月 24 日付け老発第 0424003 号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、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、現在、当地域包括支援センターに配置されている者であることを証明します。

氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
介護支援専門員登録番号	
地域包括支援センター名称	
勤 務 期 間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日