

受講要件**①専任期間 5 年以上****②ケアマネジメントリーダー養成研修修了又は認定ケアマネジャーであり、専任期間 3 年以上の者用****④地域包括支援センターで包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している者用****介護支援専門員業務専任期間証明書**

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

下記の者に係る介護支援専門員としての従事期間を下記の通り証明します。

氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
介護支援専門員登録番号	
事業所種別 (該当する項目は■印)	☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院 ☐ 特定施設入居者生活介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ☐ 介護予防支援事業所 ☐ その他 () ※地域包括支援センターは、該当する業務形態に○を記入してください。 ☐ 地域包括支援センター (包括的支援業務・介護予防支援業務)
施設・事業所名	
勤務期間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日
専任従事期間	年 か月

- 注 1 専任従事期間とは、介護支援専門員として常勤専従している期間です。
ただし、管理者と兼務している期間、地域包括支援センターで包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している期間を含みます。
- 2 従事した事業所が複数ある場合は、本様式をコピーの上、各事業所で証明いただってください。
- 3 受講者と事業所の代表者が同一の場合は、「事業所指定申請書」の写しとその際添付した「介護支援専門員一覧」の写しを提出してください。