

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
(育成計画策定に基づく者)**

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

印

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、地域包括支援センターが育成計画を策定しており、センターに現に従事する主任介護支援専門員の助言のもと、将来的な主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員であって、介護支援専門員として従事(専任か否かは問わない。)した期間が通算5年以上であ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