様式３

主任介護支援専門員研修　受講資格証明書

　　　　　　令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　滋賀県社会福祉協議会　会長　あて

下記の者は、主任介護支援専門員に準ずる者(介護保険法施行規則第140条の66第1号イ(3))と同等の知識を有すると認められます。また、当地域包括支援センターに、現に配置されている者であることを証明します。

　　　　 （市町長名）

公印

（地域包括支援センターの名称）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | （生年月日　　　　　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） |
| （所在地） |
| （連絡先　電話番号） |
| 介護支援専門員  としての  実務経験期間  （該当する元号に〇を記入してください。） | 平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日  【　　年　　ヶ月　　日】 |