実務従事証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年 　　月 　　日

　山梨県福祉保健部健康長寿推進課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　地域包括支援センターの所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　 　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先（電話番号）　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　 証明書作成担当者氏名：

次の者が、地域包括支援センターに従事したことを以下のとおり証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講申込者氏名 |  | | | | | | | |
| 生　年　月　日 | 昭和 ・ 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 介護支援専門員  登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主任介護支援専門員研修修了日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 地域包括支援センター従事期間（※1） | 平成　　年　　月　　日～　令和　　年　　月　　日    　　 （通算期間　　　　年　　　　月） | | | | | | | |
| 業　務　内　容  （※2） |  | | | | | | | |

※1　地域包括支援センターに令和３年度研修申込締切日（令和３年４月２３日）以降も従事している場合、「地域包括支援センター従事期間」の終了日は「現在」と記載してください。また、「通算期間」は、傷病等休職や育児・介護休業等で当該業務に従事しなかった期間を除いた年月を記載してください。

※2　業務内容には「地域ケア会議の運営」、「ケアマネジメントに関する指導」等と簡潔に記載してください。