

令和4年度埼玉県介護支援専門員再研修就業証明書

埼玉県介護支援専門員再研修実施機関 行

令和 年 月 日

(証明者)

事業所名 _____

事業所所在地 _____

代表者職名・氏名 _____ (職印)

作成者職名・氏名 _____

連絡先 TEL _____

下記の者は、当事業所において、**介護支援専門員として**実務に従事していることを証明します。

介護支援専門員 登録番号									氏名	
従事している 事業所名										
事業所所在地	〒 _____ 埼玉県 _____ 市町村									
事業所の 介護保険事業所番号										
事業所又は施設の種類の (右の①～⑨の該当する 番号に○を記入)	【実務経験となる事業所又は施設】 ① 居宅介護支援事業所 ② 特定施設入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者 ③ 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及び複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護に限る)に係る指定地域密着型サービス事業者 ④ 介護保険施設 ⑤ 介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者 ⑥ 介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 ⑦ 指定介護予防支援事業者 ⑧ 地域包括支援センター ⑨ 在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口									
就業期間	貴事業所において 介護支援専門員としての業務 を開始した日を御記入ください。									
	□令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から証明日現在も就業中 ※新しい介護支援専門員専門員証交付後の日付									

■就業証明書の作成における注意点

※記入ミスは、該当部分に二重線を引き、訂正印を押印の上、正しい内容を記載するか、新しく作成し直してください。

◎受講料の一部免除対象を確認する書類です。記入漏れや間違いの無いように作成してください。