

2024 年 月 日

連携支援従事証明書

個人に関する事項(本人が記入すること)

フリガナ	(姓)	(名)
氏 名		
生 年 月 日	西暦 年 月 日 (歳)	
介護支援専門 員登録番号		
主任期間 満了日	令和 (西暦)年 月 日 まで	
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
連絡先電話番号	自 宅 : - -	日中の連絡先: - -

上記の者は、現在、当在宅医療連携支援拠点窓口に勤務し、継続的利用者(家族が含む)や地域包括センターや介護支援専門員等からの相談業務に従事した経験を有することを証明します。

【以下在宅医療連携支援拠点窓口設置者証明欄】

法人名称

職印

法人の代表職及び代表者氏名管理者職名・氏名

在宅医療連携支援拠点窓口の名称

〒

在宅医療連携支援拠点窓口の所在地

在宅医療連携支援拠点窓口の電話番号

* 実務従事証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。