

2025 年 月 日

主任介護支援専門員実務経験証明書

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"/>	
連絡先電話番号	自 宅 : - -	日中の連絡先: - -

上記の者は、現在、当地域包括支援センターにおいて主任介護支援専門員としての配置で、
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に従事した経験を有することを証明します。
【以下地域包括支援センター証明欄】

法人名称

法人の代表職名: 氏名:

作成者職名: 氏名:

地域包括支援センターの名称

〒

地域包括支援センターの所在地

地域包括支援センターの電話番号

- * 指定介護予防支援介護業務のみ従事した場合は本証明書の対象者になりません。
- * 地域包括支援センターにおいて、保健師(看護師)、社会福祉士の配置の方は、個別要件⑥アの対象とはなりませんので他の個別要件を満たす必要があります。
- * 証明書の真正性を確認するため、法人等へ連絡をさせていただくことがあります。
- * 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。