

様式 6 個別要件④(居宅推薦)

推薦書

令和 7 年 月 日

埼玉県知事指定研修実施機関
一般社団法人埼玉県介護支援専門員協会
代表理事 石原 雅哉 様

市町村名

住 所

市町村長名
担当者所属及び氏名

連絡先電話番号 - -

下記の者を、令和 7 年度埼玉県主任介護支援専門員研修の受講者として推薦します。

氏 名 (生年月日)	(昭和・平成 年 月 日)
介護支援専門員登録番号	
介護支援専門員の勤務年数	年 月
所属事業所の住所及び名称	
事業所番号	
他の業務との兼務の割合が、就業時間の二分の一を下回らないとする根拠 (個別要件④の対象者) ※判断の基となる資料を添付	
指定居宅介護支援事業者において、常勤の介護支援専門員として実務に従事した期間	平成・令和 年 月 日～現在も就業中(通算 年 月)

【注意事項】
※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。