

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 ヶ月									
所属事業所の住所及び名称	〒									
事業所番号										
地域包括支援センターに 常勤で配置され、 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 ヶ月)									
主任介護支援専門員としての配置(予定)年月日 *地域包括支援センター在籍証明書(様式 5-2)提出	令和 年 月 日									
推 薦 理 由										
<p>※主任介護支援専門員の資格を取得しなくてはならない理由について記入してください。</p> <p>・地域包括支援センターの人員基準上の配置が必要 理由(例:契約上の基準違反に該当、欠員による減算を課せられる等)</p> <p>・地域の介護支援専門員への支援や相談対応等に関する知識及び能力を有している 具体的な内容(例:研修講師の経験、地域における他の介護支援専門員に対しての指導、他活動内容等)</p>										

【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。

様式 5-2

個別要件③(包括推薦)

地域包括支援センターにおける介護支援専門員としての在籍証明書

【個人に関する事項は本人が記入】

フリガナ	(姓)				(名)					
氏 名										
生 年 月 日	昭 和 平 成			年			月			日
介護支援専門 員登録番号										
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ									
連絡先電話番号	自 宅 : - -				日中の連絡先: - -					

上記の者は、当地域包括支援センターに主任介護支援専門員に準ずる者として配置され、研修修了後、当センターにおいて主任介護支援専門員として業務に就く予定です。

【以下地域包括支援センター証明欄】

令和 7 年 月 日

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: _____

【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。