様式２

令和　　　年　　 月　　 日

**令和３年度 主任介護支援専門員研修 地域包括支援センター在籍証明書**

所在地

法人等団体名　　　　　　　　　　　 　 　公印

代表者職・氏名

担当者氏名

連絡先電話番号

　研修申込者については、令和３年７月１日現在において、以下の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ている者、または、以下の地域包括支援センターで勤務しており、当該地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配置が予定されている者であることを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 介護支援専門員  登録番号 |  |
| 申込者氏名 |  |
| 地域包括支援  センターの名称 |  | | |
| 所在地 | 〒　 　　　－ | | |
| 配属年月日 | 年　 　 月 　　 日～ | | |
| 受講区分 | （③、⑤の中から該当する番号をご記入ください）→**［　　　　　］** | | |

【注意事項】１.必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成してください。(ただし、申込者以外に証明権限

を有する方がいない場合は申込者が作成してください。)

２．事業所から複数で申し込む場合は、様式をコピーしてご使用ください。

※ 提出期限：令和３年７月３０日（金）必着【厳守】

別途、ホームページからのお申込みが必要です。