（様式５）

**地域包括支援センター在職証明書**

　令和　　　年　　　月　　　日

　事業所の所在地

　事業所の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　）

　担当者氏名(署名)※コピー不可

　下記の者は、介護保険法施行規則第140条の66第１号イ（３））に規定される主任介護支援専門員に準ずる者として、現在、当地域包括支援センターに配置されている者であることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 介護支援専門員登録番号 |  |
| 地域包括支援センター名称 |  |
| 勤務期間 | 平成・令和 　年　 月 　日 ～ 平成・令和 　年 　月　 日  合計　【　　　　　年　　　　か月　】 |

（様式５-２）

**地域包括支援センター在職証明書**

　令和　　　年　　　月　　　日

　事業所の所在地

　事業所の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　）

　担当者氏名(署名)※コピー不可

下記の者は、介護保険法施行規則第140条の66第１号イ（３））に規定される主任介護支援専門員に準ずる者として、地域包括支援センターが育成計画を策定しており、センターに現に従事する主任介護支援専門員の助言のもと、将来的な主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員であって、介護支援専門員として従事（専任か否かは問わない。）した期間が通算５年以上である者であることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 介護支援専門員登録番号 |  |
| 地域包括支援センター名称 |  |
| 主任介護支援専門員に  準ずる者の要件  （レ点） | □地域包括支援センターが育成計画を策定している。  □センターに現に従事する主任介護支援専門員のもと、将来的な  　主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員である。  □介護支援専門員として従事（専任か否かは問わない。）した期間  　が通算５年以上である。 |
| 勤務期間 | 平成・令和 　年　 月 　日 ～ 平成・令和 　年 　月　 日  合計　【　　　　　年　　　　か月　】 |