証明書①

（証明依頼先名） 様

私が、下記の**法定研修**において講師やファシリテーターの経験者であることを　証明願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 法定研修名（※１） |  |
| 該当する年度（※２） |  |
| 役 割 | 講師・ファシリテーター |
| 備 考 |  |

※１　過去5年間に対応した法定研修名（実務・88時間・主任更新・主任新規・54時間）を記載して下さい。

※２　平成31年(令和元年)度～令和5年度で経験した年度を全て記載して下さい。

単年度、1回のみの参加では要件を満たさないことがあります。

年 月 日

住 所：

氏 名： 印

生年月日： 年 月 日



上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

研修実施機関 印

証明書②

**※修了証に「主任介護支援専門員の更新要件に該当する研修」と明記されていない場合に使用**

（証明依頼先名） 様

下記の研修はケアマネジメントに資する研修であり、本研修に私が参加したことを証明願います。

※国・都道府県・市町村、地域包括支援センター、介護支援専門員協会（支部含む）、都道府県社会福祉協議会、各職能団体が主催した介護支援専門員の資質向上に関する研修を対象

|  |  |
| --- | --- |
| **開 催 日** |  |
| **開 催 時 間** | : ～　　　：　　　　(　　　　　時間　　　分　) |
| **会 場など (オンライン含む)** |  |
| **研 修 対 象 者** |  |
| **研 修 内 容** |  |
| **講　師** |  |

年 月 日

住　所：

　　　　 氏 名： 　　　　 印

生年月日： 　　 年 　　 月 　　 日



上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

研修実施機関 　 　 　　　　　　　　　 印

証明書③

（証明依頼先名） 様

私が、下記の日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者であることを証明願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 研 修 名 |  |
| 日 時 |  |
| 会 場 |  |
| 役 割 | 発表者 アドバイザー その他（ ） |
| 発表内容 |  |
| 備 考 |  |

　 年　 月　 日

住 所：

氏 名： 印

生年月日： 年 月 日



上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　 年 　月 　 日

研究大会等実施機関 　　　　　　　　　　 印

証明書④

**※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従事している者である証明。**

**居宅介護支援事業所従事者は不要。**

主任介護支援専門員業務従事証明書

令和　　 年 　　 月 　　 日

所在地

名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ (電話番号 　　－ 　　　 － 　　 )　　　　　　　 (作成担当者名 　　　　　　　 )

次の者は主任介護支援専門員として従事していることを下記のとおり証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 |  |
| 介護支援専門員登録番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主任介護支援専門員としての従事開始期日 | 年　 月 　 日～ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上