令和５年度　東京都主任介護支援専門員更新研修　実務経験証明書

世主更－様式１

　東京都主任介護支援専門員更新研修の受講申込のため、地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）に勤務し、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に従事した経験を有することの証明書の作成を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者記入欄 |  | | 令和　　　年　　 月　 　日 |
| フリガナ |  | | 生年月日（和暦）又は介護支援専門員登録番号 |
| 申込者氏名 |  | |
| 主任（更新）研修を修了した日 | | 平成　　　年　　　月　　　日 | |
| 実務従事先 | 地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター） | | |
| **上記修了日以降**の実務従事期間 | 平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日・現在まで | | |
| 平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日・現在まで | | |
| 特記事項 |  | | |

注意事項

○太枠内を申込者が記入してください。太枠以外を記入した場合、本証明書は無効となります。

○実務経験証明書の内容が事実と異なる場合は、本証明書は無効となります。

○指定介護予防支援事業のみに従事している場合は、本証明書の対象にはなりません。

○本証明書では、**直近の**主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修を**修了した日から**令和５年７月１日までの期間を証明してください。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

令和　　　年　　　月　　　日

上記の者は、地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）で勤務し、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に従事した経験を有することを証明します。

　なお、申請内容の確認結果は、以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| □確認の結果、訂正はありません | □確認の結果、以下のとおり訂正します |
| 訂正箇所（実務従事期間など） | |

　□にチェックを入れて、訂正があれば正しい情報を記入してください。

法人名

印

所在地

代表者名

担当者氏名

連絡先電話番号