

様式IV

主任介護支援専門員研修 受講要件個別④証明書

地域包括支援センター又は在宅介護センターでの経験を有し、新たに地域包括支援センターで主任介護支援専門員として配属が予定されている者であって、専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（60か月）以上であり、市町村長が推薦する者

受講者名		〔配属予定地域包括支援センター名〕
------	--	-------------------

上記の者は、地域包括支援センター又は在宅介護センターでの経験を有し、新たに地域包括支援センターで主任介護支援専門員として配属が予定されている者であって、専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（60か月）以上あるので、主任介護支援専門員研修の受講者として推薦します。

市町村名		
市町村長名		印