**推　薦　書**

個別要件③

様式6-1

　　　令和　６年　　月　　日

埼玉県知事指定研修実施機関

一般社団法人埼玉県介護支援専門員協会

　　代表理事 長谷川 佳和 様

市町村名

住　　所

市町村長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者所属および氏名

連絡先電話番号　　　　－　　　　－

**下記の者を、令和６年度埼玉県主任介護支援専門員研修の受講者として推薦します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | （昭・平　　　年　　月　　日生） |
| 介護支援専門員登録番号 |  |
| 介護支援専門員の勤務年数 | 年 |
| 所属事業所の住所及び名称 | 〒 |
| 事業所番号 |  |
| 経 験 ・ 活 動 内 容 | |
| 1.研修講師の経験回数 | 研　修　名  　　　　　回 |
| 2.地域における他の介護支援専門員に対しての指導等、具体的な活動内容 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域包括支援センターに  常勤で配置され、  実務に従事した期間 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 ～現在も就業中（通算　　年　か月） | |
| 主任介護支援専門員としての配置（予定）年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　\*様式6-1地域包括支援センター在籍証明書提出 | | 令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 推薦理由　(主任介護支援専門員の資格を取得しなくてはならない理由) | | |
|  | | |

個別要件③

様式6-2

**地域包括支援センターにおける介護支援専門員としての在籍証明書**

【個人に関する事項は本人が記入】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | （姓） | | | | | | （名） | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | 昭  平 | 和  成 |  |  | 年 |  | | |  | 月 |  |  | 日 |
| 介護支援専門  員登録番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |   フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | 自宅：　　　　　－　　　　－ | | | | | | | 日中の連絡先：　　　　－　　　　－ | | | | | |

**上記の者は、当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、研修修了後、当センターにおいて主任介護支援専門員として業務に就く予定です。**

【以下地域包括支援センター証明欄】

令和６年　　　月　　　日

法人名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職印

法人の代表職及び代表者氏名管理者職名・氏名

地域包括支援センターの名称

地域包括支援センターの所在地　〒

地域包括支援センターの電話番号

【注意事項】

＊本証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。