

(様式3)

介護支援専門員業務従事見込証明書

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

法人の名称 \_\_\_\_\_

代表者 職・氏名 \_\_\_\_\_

作成担当者 職・氏名 (署名) \_\_\_\_\_

(TEL - - -) (Q&A11, 13 参照)

次の者に係る介護支援専門員としての専任従事 (予定) 期間等は下記のとおりであることを証明します。

氏 名	
介護支援専門員登録番号	

記

施設・事業所名	
サービス種別 該当する箇所へレ点 をして下さい。	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> (地域密着型) 特定施設入居者介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所生活介護 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (配置職種に○: 保健師・社会福祉士・介護支援専門員、予防プラン作成件数 /月) <input type="checkbox"/> その他 ( )
専任従事 (予定) 期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ____年 ____か月 ____日
当該事業所の管理者との 兼務従事 (予定) 期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ____年 ____か月 ____日

注1) 専任従事 (予定) 期間とは、介護支援専門員として常勤専従である (予定) 期間です。

(Q&A Q1 参照)

注2) 専任の介護支援専門員、または介護支援専門員証の有効期間内に平成18年10月18日付け厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知「地域包括支援センターの設置運営について」により配置された専任の保健師等として従事した職歴 (予定) を記載してください。

注3) 常勤であって当該事業所の管理者を兼務している (予定) 期間は、兼務従事 (予定) 期間に記載してください。

注4) 他の事業所との兼務や当該事業所の管理者以外の職種を兼務している期間は、記載しないでください。

注5) 本書式に記載する証明期間の末日は、令和4年6月20日以前としてください。