

# 令和2年度群馬県主任介護支援専門員更新研修就業証明書（要件⑤）

令和 年 月 日

市町村名  
(又は法人名)

代表者氏名

印

作成担当者氏名

連絡先電話番号 ( )

FAX番号 ( )

下記の者について、令和2年度群馬県主任介護支援専門員更新研修実施要綱第3(5)⑤アに該当する者として、下記のとおり就業していることを証明します。

⑤ 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、県が適当と認める者 ア 「主任介護支援専門員研修修了証明書（地域包括支援センター用）」の交付を受けている者 で、地域包括支援センターに現に主任介護支援専門員として配置され勤務している者	
施設種類	地域包括支援センター
施設名	
施設所在地	
施設電話	
職 種	
在職年月日	年 月 日～

ふりがな 氏 名	
介護支援専門員 登録番号	

**【注意事項】**

- ※ 上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、再提出をしていただくことがあります。
- ※ 虚偽の申請があった場合は、研修受講決定取り消し等の対応をいたします。
- ※ 作成担当者は、証明した内容について問い合わせをする時の担当者名を記入してください。