

申込書式 4 - 1

## 推薦書

令和 5 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 \_\_\_\_\_ (印)

担当者所属および氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

下記の者を、令和 5 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                       |              |       |
| 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                       | 回            | 研 修 名 |
| 2. 地域における他の介護支援専門員に対する指導等、具体的な活動内容 |              |       |

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 実務従事期間                            | 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          | 令和 年 月 日                       |
| * 別添地域包括支援センター在籍証明書提出             |                                |
| 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) |                                |
|                                   |                                |

申込書式 4-2

## 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<br>平   | 和<br>成 |  |  | 年 |  |             | 月   |  |  | 日 |
| 介護支援専門員登録番号 |  |        |  |  |   |  |             |     |  |  |   |
| 住所          | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |        |  |  |   |  |             |     |  |  |   |
|             | 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介護支援専門員として在籍し、かつ当施設において主任介護支援専門員として配置され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 5 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】

\*実務経験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。