様式１—①（都道府県が適当と認める者）

主任介護支援専門員研修受講に係る指導実績証明書

山形県老人福祉施設協議会会長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町村長名

　下記の者は、介護支援専門員の業務に関する十分な知識と経験を有する者であり、

下記の実績において主任介護支援専門員研修の受講要件を満たすことを証します。

記

１　氏　　　　　　　名

２　介護支援専門員証登録番号

３　所　　　　　　　属

４　介護支援専門員登録年月日　　　　　　　　　平成・令和　　年　　月　　日

５　介護支援専門員としての従事期間

平成・令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　　カ月）

６　受講要件④を満たす指導実績（直近１年以内のもの）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月 | 業務内容 | 指導対象者 | 指導内容（担当した役割） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※証明者は市町村長とする（押印不要）。

※本書を偽造（無断作成）した場合、刑法１５９条第１項の有印私文書偽造罪（３月以上５年以下の懲役）で処罰されることがある。また、禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者は、介護保険法第69条の６第１項第３号の規定により介護支援専門員の登録を消除される。