

様式 1

印

氏 名								
介護支援専門員登録番号								

従事証明書作成日	令和 年 月 日
事業所名	
事業所番号	
該当する種別に☑チェックしてください	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> その他()
事業所所在地（TEL）	〒 TEL（ － － ）

※神奈川県以外で登録されている方も対象となります。

※裏面の【**介護支援専門員業務従事証明書作成の留意事項**】をご確認の上作成して下さい。

○介護支援専門員業務従事証明書作成の留意事項

- ※ 介護支援専門員業務従事証明書は受講者本人が作成しないでください。法人、事業所等の証明権限を有する方が作成、証明して下さい。（受講者と証明権限を有する方が同一の場合は除きます）
- ※ 記入を間違った場合は、二重線を引き、証明印を押印し正しい内容を記載するか、作成し直して下さい。修正液等での修正があった場合無効となります。
- ※ 記入漏れがあった場合は無効となります。
- ※ 介護支援専門員業務従事証明書の改変もしくは独自様式は認められません。
- ※ 消せるボールペンで記入しないで下さい。