

(様式 3)

主任介護支援専門員業務従事証明書

平成 年 月 日

市町名 _____

担当部署 _____

法人又は施設・

事業所の名称 _____

代表者氏名 _____ 印

(電話番号 —)

次の者は、現在主任介護支援専門員に準ずる者として地域包括支援センターに配置されていることを証明します。

氏 名	所属	備考