主任介護支援専門員業務従事証明書

**（様式３）**

令和　　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

（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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |