

(様式3)

## 主任介護支援専門員業務従事証明書

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