

(様式4)

主任介護支援専門員配置見込証明書

令和 年 月 日

市町名 _____

地域包括支援

センター名称 _____

代表者氏名 _____ 印

(電話番号 - -)

次の者は、本研修修了後1年以内に下記の地域包括支援センターの主任介護支援専門員として配置する見込であることを証明します。

氏名	現在の所属	現在の職種	備考