

様式 6-1

個別要件③

## 推薦書

令和 6 年 月 日

埼玉県知事指定研修実施機関  
一般社団法人埼玉県介護支援専門員協会  
代表理事 長谷川 佳和 様

市町村名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

市町村長名 \_\_\_\_\_ 印  
担当者所属および氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 - - \_\_\_\_\_

下記の者を、令和6年度埼玉県主任介護支援専門員研修の受講者として推薦します。

氏 名	(昭・平 年 月 日生)	
介護支援専門員登録番号		
介護支援専門員の勤務年数	年	
所属事業所の住所及び名称	〒	
事業所番号		
経 験 ・ 活 動 内 容		
1.研修講師の経験回数	回	研 修 名
2.地域における他の介護支援専門員に対する指導等、具体的な活動内容		

地域包括支援センターに 常勤で配置され、 実務に従事した期間	平成・令和 年 月 日 ~現在も就業中(通算 年 か月)
主任介護支援専門員としての配置(予定)年月日 *様式 6-1 地域包括支援センター在籍証明書提出	令和 年 月 日
推薦理由 (主任介護支援専門員の資格を取得しなくてはならない理由)	

様式 6-2 個別要件③

### 地域包括支援センターにおける介護支援専門員としての在籍証明書

【個人に関する事項は本人が記入】

フリガナ	(姓)							(名)				
氏名												
生年月日	昭和 平成			年			月			日		
介護支援専門員登録番号												
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
	フリガナ											
連絡先電話番号	自宅： - -						日中の連絡先： - -					

上記の者は、当地域包括支援センターに主任介護支援専門員に準ずる者として配置され、研修修了後、当センターにおいて主任介護支援専門員として業務に就く予定です。

【以下地域包括支援センター証明欄】

令和 6 年 月 日

法人名称 職印

法人の代表職及び代表者氏名管理者職名・氏名

地域包括支援センターの名称

地域包括支援センターの所在地 〒

地域包括支援センターの電話番号

【注意事項】

\*本証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。