

## 様式2

## 令和8年度大阪府主任介護支援専門員更新研修 主任介護支援専門員在籍証明書

氏 名								
生 年 月 日	年		月		日			
現 住 所	〒							
介護支援専門員登録番号								
主任介護支援専門員の有効期間満了日	年		月		日			

上記の者は、証明日現在、当地域包括支援センターにおいて、主任介護支援専門員として位置づけにおいて勤務していることを証明します。

令和8年 月 日

法人名称								
法人の代表職 及び代表者氏名								<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             代表者 印           </div>
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事業所番号	2	7						
記入担当者連絡先電話番号	( )							
記入担当者氏名								

【注意】 証明書の日付は必ず記載してください。(申込期間内に証明してください。)

本紙は、令和8年度の主任更新研修の申込みのみ有効です。