

**様式 3**

**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専任在籍証明書**

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、当事業所・施設において、専任の介護支援専門員とし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	代表者 印
事業所・施設の名称	
事業所・施設の所在地	〒
事業所・施設の事業所番号	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。)

裏面の記入要項を確認のうえ、作成してください。

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。

専任とは主たる業務を介護支援専門員として週32時間以上実務に従事している者をいいます。

記入要領

1. 以下に該当する在職証明書は、無効となります。

①受講申込者が自書した証明書又は受講申込者自身が証明権限を有する者となっているもの

※但し、申込者と証明権限を有する者とが同一の場合、以下の書類の提出により自己証明が可能になります。

1) 直近の「履歴事項全部証明書」(写し)(代表者が申込者とわかるもの)

②証明権限を有する者の印(代表者印)のないもの

※「代表者印」とは、理事長や会長などの登記している法人代表者の印となります。

③名称、事業所番号、所在地の記入漏れ及び不明なもの

④訂正事項について証明権限を有する者の訂正印のないもの

(修正液等の使用による訂正等は無効です。)

⑤証明年月日が抜けているもの