

(様式2)

## 職員の配置証明書

平成 年 月 日

センター名

---

所属長名

---

印

下記の者は、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第140条の66第1号のイに規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、以下の要件をすべて満たし、現に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。

1. ケアマネジメントリーダー養成研修（※H14. 15. 17に鳥根県又は国において実施）を修了している。 ⇒修了証書の写しを添付すること。
2. 介護支援専門員としての実務経験を有している。
3. 介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している。

※上記□に○又は×を記入してください（○満たしている ×満たしていない）

職員名

---

配置年月日

---