

## 介護支援専門員再研修及び実務未経験者に対する更新研修 就業予定証明書

研修申込における受講者設問にて「法人・事業所より証明を受けることができる。」を選択した方のみ以下の①～③を記入の上、研修申込フォームにアップロードしてください。

①氏名と登録番号を記入して下さい。

氏名 \_\_\_\_\_ 登録番号 \_\_\_\_\_

②介護支援専門員として現在の勤務先/勤務予定先のどちらかに☑をつけてください。

1、個人登録の際に入力した勤務先に介護支援専門員として就業予定

2、介護支援専門員として下記事業所に就業予定

事業所名 \_\_\_\_\_

介護保険事業所番号（10桁） \_\_\_\_\_

介護保険事業所種別 \_\_\_\_\_

事業所所在地 〒 \_\_\_\_\_

就業時期 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ 就業予定/就業 \_\_\_\_\_

③法人/事業所における代表者又は施設長等、証明権限のある方が下記項目を記入してください。なお、印におきましては社印・公印・法人印のみ有効です。

本申込者は、勤務先または事業所において介護支援専門員として、

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ 就業予定 / 就業 \_\_\_\_\_ であることを証明します。  
(どちらかに○をつけてください。)

法人名/事業所名 \_\_\_\_\_

事業所電話番号 \_\_\_\_\_

証明者の職・氏名 \_\_\_\_\_ 印

※定員を超える申込があった場合は、介護支援専門員としての勤務が内定しており、就業予定月が早い方を優先して受講決定いたします。ただし、ご記入いただいた場合であっても定員を上回る申込があった際は受講できない場合がございます。あらかじめご了承ください。ご記入いただいた内容について、法人・事業所へ確認させていただく場合がございます。