

(別添様式2)

主任介護支援専門員研修 管理者要件経過措置証明書

一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会長 様

事業所の所在地及び名称

代表者氏名

職印

下記の者について、令和3年3月31日時点で当事業所の管理者であり、かつ、現に管理者であることを証明します。

証明年月日	令和 年 月 日 (※未記入の場合、証明書は無効となります。)						
フリガナ				生年月日	昭和・平成		
受講申込者氏名					年 月 日生		
介護支援専門員 登録番号							