

様式3

主任介護支援専門員更新研修受講推薦書

令和 年 月 日

高知県知事 様

(地域包括支援センターの所在地及び名称)
〒

(代表者) ⑩
(電話) () —

下記の者が、主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、当センターにおいて主任介護支援専門員の役割を果たしているため、主任介護支援専門員更新研修を受講できる者であることを証明します。

記

| | |
|------------------------------|--|
| 氏名 | |
| 介護支援専門員 登録番号 | |
| 主任介護支援専門員としての地域における実績や貢献の内容等 | |

注1)代表者が記入してください。

注2)主任介護支援専門員としての役割とは、介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術の修得をするとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりの実践です。