様式2

在 籍 証 明 書

令和５年　　月　　日

所属法人等団体名

代表者職・氏名

所属事業所・施設名

所属事業所・施設の所在地　〒

電話番号

所属（事業所・施設）情報

　（１）事業所の種類

　　　　　特定事業所加算　ア （Ⅰ） ・ （Ⅱ） ・ （Ⅲ） ・ （Ａ）

　　　　　　　　　　　　　 ※ 該当する記号に〇を付けてください。

算定中（　　　　年　　　月 ～）

算定予定（　　　　年　　　月 ～）

　　　　　　　　　　　　　イ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

　（２）貴所属事業所・施設の介護支援専門員数　（専任　　　　人・兼任　　　人）

　（３）貴所属事業所・施設の主任介護支援専門員数　（　　　　人）

　　　　貴所属事業所・施設の同一法人内の主任介護支援専門員数　（　　　　人）

　下記の者は、令和５年８月１日現在、主任介護支援専門員として在籍し、実務に従事して いることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　　 名 |  |
| 生 年 月 日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　月　　日 |
| 介護支援専門員証番号  （登録番号） |  |