（介護の未来　御中）

　　　　西暦　　　　　年　　月　　日

**介護サービス計画作成証明書**

事業所名

　　　　　　　　　　　　　　所在地

印

管理者氏名

電話番号

次の者について、介護サービス計画を作成していることを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 介護支援専門員登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職種 |  | | | | | | | | |
| 介護サービス計画作成期間 | （西暦）　　　　　　　　　　（西暦）  年　　月　　日 ～　　　　　年　　月　　日  ※現在も介護サービス計画を作成している場合は、期間の終期を介護サービス計画作成証明書作成日と統一してください。 | | | | | | | | |