

平成 年 月 日

群馬県社会福祉協議会会長 あて

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

介護支援専門員研修に係る修了証明願

下記事項について証明して下さい。

1 介護支援専門員登録番号 _____

2 介護支援専門員資格登録者氏名 _____

3 受講年度及び研修名

(受講年度) _____

(研修名) _____

上記の者は、社会福祉法人群馬県社会福祉協議会(群馬県指定研修実施機関)が開催した介護支援専門員研修の修了者であることを証明する。

平成 年 月 日

前橋市新前橋町 13-12

社会福祉法人群馬県社会福祉協議会

会 長 片 野 清 明