|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |

 別紙様式第１号

※本様式は、一枚につき一件の研修について証明します。