

平成28年度主任介護支援専門員更新研修証明書(要件①)

平成 年 月 日

実施機関名

代表者氏名

印

作成担当者氏名

連絡先電話番号 ()

FAX番号 ()

下記の者について、平成28年度主任介護支援専門員更新研修実施要綱第3(4)①に該当することを証明します。

該当する□にレを記入してください。

①介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者

次のいずれかの研修において、企画、講師やファシリテーターの経験がある者とします。

- イ 介護支援専門員資質向上事業実施要綱に基づく研修
 ロ その他、知事が適当と認める研修

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|----------|
| ふりがな 氏名 | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 登録番号 | | | | | | | | | | |
| 研修名称 | | | | | | | | | | |
| 研修内容 | | | | | | | | | | |
| 開催日 | | | | | 開催場所 | | | | | |
| 該当するものを○で囲んでください。 | | | | | | | | | | |
| 企画 | | | | | 講師 | | | | | ファシリテーター |

【注意事項】

- ※ 上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、確認をさせていただき、必要に応じ再提出をしていただくことがあります。
- ※ 虚偽の申請があった場合は、研修受講決定取り消し等の対応をいたします。
- ※ 作成担当者は、証明した内容について問い合わせをする時の担当者名を記入してください。
- ※ 「ロ その他、知事が適当と認める研修」を選択する場合は、事前にお問い合わせください。