|  |
| --- |
| 令和　　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。  　令和　　　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　　　　　　　　　　　　印 |

別紙様式第１号

※本様式は、１枚につき１件の研修について証明します。