

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 川 原 武 男