

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（要件①）

平成 年 月 日

氏 名 印

私は、平成29年度主任介護支援専門員更新研修実施要綱第3（5）①に該当します。

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計2年度（4月1日～3月31日）以上かつ5回以上ある者

実施日	法定研修課程名	区分 ※企画・講師・ファシリテーターの別	※事務局 使用欄
平成 年 月 日			
平成 年 月 日			
平成 年 月 日			
平成 年 月 日			
平成 年 月 日			

【注意事項】

- ※ 「法定研修課程名」欄については、「介護支援専門員実務研修」、「介護支援専門員基礎研修」、「専門研修課程Ⅰ」、「専門研修課程Ⅱ」、「主任介護支援専門員研修」、「主任介護支援専門員更新研修」、「介護支援専門員更新研修」、「介護支援専門員再研修」の研修課程を記入してください。
- ※ 「区分」欄については、「企画」、「講師」、「ファシリテーター」を記入してください。
- ※ 「※事務局使用欄」には記入をしないでください。
- ※ 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くことがあります。

平成29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29年度主任介護支援専門員更新研修実施要綱第3(5)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

平成24～28年度の間、次の研修において、企画、講師やファシリテーターの経験がある者として。

介護支援専門員資質向上事業実施要綱に基づく研修

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。
- ※ 群馬県社会福祉協議会が主催で実施した研修課程については、(様式2-①総括表)に記入いただければ本証明書(様式2-①証明書)の提出は必要ありません。
- ※ 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。
- ※ 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。