

2024 年 月 日

研修受講証明書
(原本提出)

個人に関する事項(本人が記入すること)

フリガナ	(姓)	(名)
氏 名		
生 年 月 日	西暦 年 月 日 (歳)	
介護支援専門 員登録番号		
主任期間 満了日	令和 (西暦)年 月 日 まで	
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
連絡先電話番号	自 宅 : - -	日中の連絡先: - -
勤務先名称		

上記の者が、受講要件である埼玉県・市町村・地域包括支援センター・職能団体等が開催する下記の法定外研修等を受講したことを証明します。

【以下研修主催団体証明欄】

研修等実施機関

開催年月日

研修名

総時間数

* 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。