

(様式 3-②)

法定外研修講師実績証明書

社会福祉法人島根県社会福祉協議会長 様

下記の者が主任介護支援専門員として法定外研修の講師を務めたことを証明します。

年 月 日

事業所名： _____

代表者名： _____ 印

所在地： _____

記

氏 名	
生年月日	年 月 日 生
介護支援 専門員 登録番号	
実施研修名	
科 目	
研修を担当 した日時	令和 年 月 日 時 ~ 時
合計時間 (分)	分

以上