

令和 年 月 日

## 受講証明書

実施機関

名称

所在地

代表者氏名

印

次の者について、下記研修を受講したことを証明します。

## 記

氏名	
研修名称	
研修内容・ 研修テーマ	
研修受講対象者	
研修実施主体 ※該当するものに○をつける。 ※委託等を受けて実施機関が研修を実施している場合、その委託者。	介護支援専門員法定研修実施機関
	国、都道府県又は市町村
	地域包括支援センター（地域包括支援センター等協議会を含む。）
	医療・介護・福祉分野の法定資格に係る次の職能団体のいずれか 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、社会福祉士会、介護福祉士会、歯科衛生士会、栄養士会、言語聴覚士会、柔道整復師会、精神保健福祉士協会、鍼灸マッサージ師会、介護支援専門員協会
	介護支援専門員の地区連絡会
研修実施日時	年 月 日 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分まで