令和５年度　東京都主任介護支援専門員更新研修　研修受講履歴証明書

世主更－様式６-２(1)

　東京都主任介護支援専門員更新研修の受講のため、研修会を受講したことを証明する証明書の作成を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者記入欄 |  | | | 令和　　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | | | 生年月日（和暦）又は介護支援専門員登録番号 |
| 申込者氏名 |  | | |
| 主任（更新）研修を修了した日 | | | 平成・令和　　年　　月　　日 | |
| 研修会名 | | 開催日時 | | 研修の主な内容 |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| 特記事項 | | | | |

注意事項

○太枠内を申込者が記入してください。太枠以外を記入した場合、本証明書は無効となります。

○証明書の内容が事実と異なる場合は、本証明書は無効となります。

○研修の主な内容は、当日のプログラム等研修の主な内容が確認できる書類の添付があれば省略可能です。

○本証明書では、**直近の**主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修を**修了した日から**令和５年３月３１日までの期間を証明してください。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

令和　　　年　　　月　　日

上記の者が研修を受講したことを証明します。

　なお、申請内容の確認結果は、以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| □確認の結果、訂正はありません | □確認の結果、以下のとおり訂正します |
| 訂正箇所 | |

　□にチェックを入れて、訂正があれば正しい情報を記入してください。

法人名

印

所在地

代表者名

担当者氏名

連絡先電話番号