令和５年度　東京都主任介護支援専門員更新研修　研修講師等証明書

世主更-様式５

　東京都主任介護支援専門員更新研修の受講申込のため、研修講師等の経験を有することの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 | 講師等実施日 | 講師等を担当した研修の主な内容 | 種別 |
|  | 平成・令和　年　月　日 |  |  |
|  | 平成・令和　年　月　日 |  |  |
|  | 平成・令和　年　月　日 |  |  |
| 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。

○種別には「講師」、「ファシリテーター」、「演習講師」等を記入してください。

○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７月１日までの期間を証明してください。

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

令和　　　年　　　月　　日

上記の者は、下記のとおり研修講師等の経験を有することを証明します。

　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（実務従事期間など） |

　□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