■証明書⑤

**実務研修受入証明書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **主任介護支援専門員更新研修希望者氏名** | | |  | | |
| **特定事業所加算算定事業所名** | | |  | | |
| **事業所住所** |  | | | | |
| **事業所電話番号** |  | | **携帯電話番号** | |  |
| 実務研修者受け入れ期間（指導期間） | **平成　　　　年　　　　月　　　　日～平成　　　　年　　　　月　　　　日** | | | | |
| 介護支援専門員実務研修者を受け入れ、どのような実習指導を行った等研修の概要を簡単に記載してください。 |  | | | | |
| **審査結果**  （ここは、熊本県介護支援専門員協会で記載しますので受講希望の方は記載しなくてもよいです） | **判定可** | **判定不可** | | **熊本県社会福祉協議会照会** | |
|  |  | |  | |

**＊この書類は、熊本県社会福祉協議会が発行する「熊本県介護支援専門員実務研修実**

**務受入証明書（様式第５号）」ではありません。**

**＊熊本県社会福祉協議会より熊本県介護支援専門員実務研修実習受入証明書（様式第５号）が届いていない場合にこの書類を記載し、受講申込を行ってください。**