**研 修 受 講 履 歴**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏　名** | | ㊞ |
| **介護支援専門員登録番号** | |  |
| **熊本県への照会日** | |  |
| **照会した際の**  **熊本県の担当者氏名** | |  |
| **研修履歴** | **研修名** |  |
| **修了書 交付年月日** |  |

※注意※　法定研修修了書を紛失した場合のみ提出してください。  
　　　　提出者は熊本県への問い合わせリストと照会します。