

証明書①

私が、下記の研修において介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験者であることを証明願います。

※法定研修、行政・地域包括支援センター・介護支援専門員協会（支部含む）が主催した介護支援専門員の資質向上に関する研修を対象。

研 修 名	
日 時	
会 場	
役 割	講師・指導者・ファシリテーター その他（ ）
研修対象者	
研修内容	
備 考	

平成 年 月 日

住 所：
氏 名： 印
生年月日： 年 月 日

様

.....

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

研修実施機関 印

証明書②

私が、下記の研修に参加した者であることを証明願います。

※行政、地域包括支援センター、介護支援専門員協会（支部含む）、都道府県社会福祉協議会、各職能団体が主催した介護支援専門員の資質向上に関する研修を対象

研 修 名	開催日	会 場	研修実施先	研修内容
	平成 年 月 日			
	平成 年 月 日			
	平成 年 月 日			
	平成 年 月 日			

平成 年 月 日

住 所：
氏 名：
生年月日： 年 月 日 印

様

.....

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

研修実施機関

印

証明書③

私が、下記の日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者であることを証明願います。

研 修 名	
日 時	
会 場	
役 割	発表者 アドバイザー その他（ ）
発表内容	
備 考	

平成 年 月 日

住 所：
氏 名：
生年月日： 年 月 日 印

様

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

研究大会等実施機関 _____ 印

主任介護支援専門員業務従事証明書

平成 年 月 日

所在地 _____

名 称 _____

代表者氏名 _____ (印)

(電話番号 — —)

(作成担当者氏名)

次の者は主任介護支援専門員として従事していることを下記のとおり証明します。

氏 名	
介護支援専門員登録番号	

記

主任介護支援専門員 としての従事開始期日	平成 年 月 日～
-------------------------	-----------