従事者研修受講終了証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 研修実施事業所名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | 生年月日 | 実務研修受講終了日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |

上記の者は、当事業所にて介護予防・日常生活支援訪問サービス従事者研修修了者に対する実務研修を受講し、終了したことを証明します。

平成　　　年　　　月　　　日

法人名

事業所名

事業所の所在地

電話番号

事業所の代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※　実務研修終了後、みよし広域連合介護保険センター地域支援係あて郵送してください。

（送付先）

７７８－０００２

三好市池田町マチ２４２９番地１

みよし広域連合介護保険センター　地域支援係