令和　　　年　　　月　　　日

**受講証明書**

実施機関

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 | 印 |

　次の者について、下記研修を受講したことを証明します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | |
| 研修名称 |  | |
| 研修内容・  研修テーマ |  | |
| 研修受講対象者 |  | |
| 研修実施主体  ※該当するものに〇をつける。  ※委託等を受けて実施機関が研修を実施している場合、その委託者。 |  | 介護支援専門員法定研修実施機関 |
|  | 国、都道府県又は市町村 |
|  | 地域包括支援センター（地域包括支援センター等協議会を含む。） |
|  | 医療・介護・福祉分野の法定資格に係る次の職能団体のいずれか  医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、社会福祉士会、介護福祉士会、歯科衛生士会、栄養士会、言語聴覚士会、柔道整復師会、精神保健福祉士協会、鍼灸マッサージ師会、介護支援専門員協会 |
|  | 介護支援専門員の地区連絡会 |
| 研修実施日時 | 年　　　月　　　日  午前・午後　　　時　　　分～午前・午後　　　時　　　分まで | |