介護支援専門員研修等受講履歴証明書発行願い

参考様式・記載例

国分寺市長　殿

年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修受講者 | ○○○　　○○○ | |
| 研修受講者　生年月日 | （和暦） 　　　　　　　昭和○○　　年 　○○　　月　○○ 　日 | |
| 介護支援専門員番号 |  | |
| 日中連絡可能な電話番号 | （自宅・勤務先・携帯）　　○○○―○○○○―○○○○ | |
| 研修受講時点の | ○○○　　○○○ | |
| 研修受講時点の勤務先 | 居宅介護支援事業所○○○○○ | |
| 研修受講時点の勤務先住所 | 東京都国分寺市泉町２－２－８ | |
| 証明を依頼する研修等名 | | 実施年月日 |
| 令和○年度　第１回国分寺市介護支援専門員現任研修Ⅰ（ライブスーパービジョン） | | ○年○月○日 |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |