

平成30年度 主任介護支援専門員更新研修 研修修了申告書

作成日：平成 年 月 日

愛媛県社会福祉協議会会長 様

〔受講申込者氏名〕

印

主任介護支援専門員更新研修を受講するにあたり、受講要件である介護支援専門員研修における研修修了について、下記のとおり申告します。

フリガナ		生年月日
受講申込者氏名		昭和 平成 年 月 日
介護支援専門員証 番号(8桁)	38	県外登録者 番号

研修日	研修名称	主催者	研修時間 (分)
平成 年 月 日			
平成 年 月 日			
平成 年 月 日			
平成 年 月 日			

※ 修了証・出席証明書及び研修カリキュラムが確認できる文書等の写しを添付してください。