

研修修了状況申告書

年 月 日

氏名

福岡県主任介護支援専門員更新研修について、受講要件である地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外研修等の修了状況を、下記のとおり申告します。

記

1 申告内容

研 修 名	
日 時	
研修内容	
研修実施機関	
研 修 時 間	時間 分（休憩時間を除く）

2 添付書類

- ・研修修了証明書
- ・研修プログラムの写し

※研修修了証明書等の提出が出来ない場合は、下記に研修実施機関から証明を受けてください。

上記内容について、相違ないことを証明します。

年 月 日

代表者

印

研修実施機関名	
記入担当者氏名	
連 絡 先	