（受講要件２）

研修修了状況申告書

年　　月　　日
氏名（自署または記名・押印）

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	基礎研修①
日　　時	令和５年６月１９日（月）18：30～20：40
研 修 内 容	「やっぱ楽しい！ケアマネジャーのこれから」
研修実施機関	大牟田市介護支援専門員連絡協議会（大牟田市共催）
研 修 時 間	2 時間　　10 分（休憩時間を除く）

２　添付書類

・研修プログラムの写し（研修の内容が分かる書類）
※修了証明書に研修の内容が記載されている場合は、研修の内容が分かる書類の提出は不要です。

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	