

(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7年7月16日(水) 18:30~20:30
研修内容	ケアマネジャーの仕事について ポジショニングの視点
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 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	