

## 研修講師等実施証明書

研修実施  
主体の名称  
所在地  
代表者氏名  
電話番号  
担当者氏名

印

次のものについて、介護支援専門員を対象とした、介護支援専門員に係る専門的知識または技術に関する研修の講師、ファシリテーター、企画を行ったことを証明します。

氏名	
研修名・事業名	
研修内容・テーマ	
実施主体種別 いずれかに○をつけてください	a 介護支援専門員法定研修実施機関 b 介護支援専門員連絡会、サービス事業所連絡会、医療・介護・福祉に係る職能団体又は学術団体 c 都道府県、市区町村 d 地域包括支援センター e 社会福祉協議会
実施年月日	年 月 日 時 分～ 時 分
役割 いずれかに○をつけてください	1. 講師 2. ファシリテーター※介護支援専門員法定研修のみ該当します 3. 研修企画