

神奈川県介護支援専門員実務研修 実習指導者証明書

実習受け入れ

事業所の名称

所在地

代表者氏名

電話番号

担当者氏名

印

次の者について、神奈川県介護支援専門員実務研修「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」において、研修受講者を受入れ、実習指導者として受講者の指導をしたことを証明します。

介護支援専門員 登録番号	
氏名	
実施年月日	年 月 日 ~ 年 月 日