

## 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※ 神奈川県介護支援専門員実務研修実習報告書に実習指導者氏名の欄に記載されている方が対象です。

※ 証明印は代表者印または角印のいずれかをご捺印ください。なお、個人の認印はご使用いただけませんのでご注意ください。