**講師・ファシリテーター等実績申告書**

　　　　　　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、受講要件である介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの実績を下記のとおり申告します。

記

１　申告内容

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 |  |
| 日時 |  |
| 研修内容 |  |
| 研修実施機関 |  |
| 担当内容 | 講師　・　ファシリテーター　・　研修の企画 |

　　２　添付書類

　　　・上記申告内容を確認できるもの。

　　　　（講師依頼書・研修プログラムの写し等）

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 |  |