**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 |  |
| 日時 |  |
| 研修内容 |  |
| 研修実施機関 |  |
| 研修時間 | 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 |  |