

平成 2 9 年度主任介護支援専門員更新研修

研修講師等実績申告書

平成 年 月 日

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会 様

登録番号 (8 桁)								
氏 名	印							

主任介護支援専門員更新研修の申し込みにあたり、受講要件である介護支援専門員研修における講師等の実績について、下記のとおり申し出ます。

記

講師等実績について

種 別 ※該当のものに○をつけて ください	①講師 ②ファシリテーター ③演習指導者 ④介護支援専門員支援会議委員
研修名 ※④の場合は記載不要	・ 介護支援専門員実務研修 (平成____年度) ・ 介護支援専門員実務従事者基礎研修 (平成____年度) ・ 介護支援専門員更新研修 (平成____年度) ・ 主任介護支援専門員研修 (平成____年度)
科目名 ※④の場合は記載不要	