

講師・ファシリテーター等実施状況申告書

申 請 日	
氏 名	⑩
生 年 月 日	
介護支援専門員登録番号	

高知県主任介護支援専門員更新研修受講にあたって、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経験の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	
担 当 内 容	講師 ・ ファシリテーター ・ 研修の企画

上記内容について、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

研修実施機関名
代表者 職・氏名

⑩

研修実施機関名	
記入担当者氏名	
連 絡 先	

講師・ファシリテーター等実施状況申告書

申請日	令和〇年〇月×日
氏名	△△ □□ 印
生年月日	昭和×〇年×月〇日
介護支援専門員登録番号	〇〇〇〇〇〇〇〇

高知県主任介護支援専門員更新研修受講にあたって、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経験の状況を下記のとおり申告します。

記

1 申告内容

研修名	〇〇研修会
日時	令和×年〇月×日
研修内容	面接技術の実際について
研修実施機関	◇◇◇市 地域包括支援センター
担当内容	講師・ファシリテーター・研修の企画

上記内容について、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

◇◇◇市 地域包括支援センター

センター長 〇〇 〇〇 印

研修実施機関名	◇◇◇市 地域包括支援センター
記入担当者氏名	◇◇ ◇◇
連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇