

実務研修受講修了証明書

研修実施 事業所名	
--------------	--

受講者氏名	介護予防・生活支援 訪問サービス従事者研修修了番号	実務研修受講修了日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

上記の者は、当事業所にて介護予防・日常生活支援訪問サービス従事者研修修了者に対する実務研修を受講し、修了したことを証明します。

令和 年 月 日

法人名

事業所名

事業所の所在地

電話番号

事業所の代表者氏名

印

実務研修 (3時間)	■オリエンテーション ■個人情報保護の遵守について ■同行訪問(2回以上)
---------------	---

※実務研修修了後、高齢社会対策課計画係あて郵送してください。

【送付先】〒176-8501 練馬区豊玉北 6-12-1

練馬区 高齢施策担当部高齢社会対策課計画係