（別添様式１）

研修実績証明書

氏　　　名

生年月日

研修の名称

研修の日時

上記の者は、本研修の　講師　を行ったことを証明します。

　　年　　月　　日

研修主催団体等名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

年度佐賀県主任介護支援専門員研修受講のため、上記のとおり証明をお願いします。

　　年　　月　　日

申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

研修主催団体代表者　様