

令和 ○年 ○月 ○日

受講証明書

実施機関

名称 一般社団法人山形県○○会

所在地 山形県○○市1-1-1

代表者氏名 会長 ○○ ○○ 印

次の者について、下記研修を受講したことを証明します。

記

氏名	山形 太郎
研修名称	令和○年度第○回医療・介護連携研修会
研修内容・ 研修テーマ	効果的なりハ専門職サービスの活用について ～りハサービスの必要な利用者とは～
研修受講対象者	養介護施設等職員
研修実施主体 ※該当するものに○をつける。 ※委託等を受けて実施機関が研修を実施している場合、その委託者。	介護支援専門員法定研修実施機関
	国、都道府県又は市町村
	地域包括支援センター（地域包括支援センター等協議会を含む。）
	○ 医療・介護・福祉分野の法定資格に係る次の職能団体のいずれか 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、社会福祉士会、介護福祉士会、歯科衛生士会、栄養士会、言語聴覚士会、柔道整復師会、精神保健福祉士協会、鍼灸マッサージ師会、介護支援専門員協会
	介護支援専門員の地区連絡会
研修実施日時	令和○年 ○月 ○日 午前・ 午後 1時 00分～午前・ 午後 3時 30分まで