

令和 年 月 日

一般社団法人佐世保市医師会
佐世保市在宅医療・介護連携協議会
会長 宮原 明夫 様

住 所 : _____

氏 名 : _____ ⑩

生年月日 : _____ 年 月 日

連絡先 : _____

介護支援専門員登録番号 : _____

研修修了証明依頼

このことについて、次の研修を修了したことを証明していただきますようお願いいたします。

- 1 研修名 西九州させぼ広域都市圏「在宅医療・介護連携推進事業」
令和3年度「第1回多職種連携研修会 担当地区：平戸市（動画配信）」
- 2 研修修了年月日 令和 年 月 日（ ）
- 3 証明を依頼する理由 主任介護支援専門員更新研修受講のため

上記の者が同研修を視聴終了したことを確認しました。

事業所名 : _____
役 職 : _____
氏 名 : _____ ⑩

※ 返信用の封筒（切手貼付）を添えて依頼いたします。

【依頼先】

〒857-0801 佐世保市祇園町 257 佐世保市医師会内
佐世保市在宅医療・介護サポートセンター 宛