

受験番号	※事務局使用欄	可 / 不可
------	---------	--------

【様式5】

※任意提出

※要コピー2部

認知症ケア専門士 施設内研修等修了証明書

認知症ケア上級専門士認定委員会 殿

施設・団体・ 機関等名称	
住 所	〒
T E L	
責任者 氏 名	印

次の者が、以下のとおり当施設・団体・機関等において開催した認知症ケアに関する研修等を修了したことを証明します。

フリガナ		性 別	1. 男 2. 女
専門士氏名		生 年 月 日	(西暦) 年 月 日
開催日時*	(西暦) 年 月 日	:	～ :
研修等名称			
参加対象者		参加者数	名
研修内容			

- (注意) 1. 記入事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する責任者の職印(訂正印)でご訂正ください。修正液等で訂正したものは無効となりますので、ご注意ください。
2. 認知症ケアに関する研修等を証明してください。
3. 1回の研修につき本様式を1枚ご使用ください。複数必要な場合は、コピーしてお使いください。