

様式7-1

研修修了確認依頼書兼修了証明書再発行依頼書

静岡県介護支援専門員協会会長 様

私は 平成・令和 () 年度の
専門研修課程 I ・ 専門研修課程 II ・ 更新研修 B1 ・ 更新研修 B2
(該当を○で囲んでください)

を修了しましたが、修了証明書を紛失しました。

つきましては、上記研修の修了証明書の再発行をお願い申し上げます。

※ 研修受講履歴が不明な方は、静岡県介護保険課(電話:054-221-3395)に問合せ、確認後
記入してください。

※ 主任介護支援専門員更新研修の修了証明書の再発行は、静岡県介護保険課に依頼してくだ
さい。

令和 年 月 日

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日 _____

介護支援専門員登録番号 _____

〒

住 所 (自宅) _____

勤 務 先 (名称) _____

日中の連絡先 電話番号又は携帯電話番号

(自宅・勤務先) _____

事務局確認欄
令和 年 月 日 確認者
修了証No.
修了年月日 平成・令和 年 月 日
生年月日 昭和・平成 年 月 日