【様式4】

実務研修実習生指導実績証明書

年　　月　　日

法人名：

法人代表者名：　　印

〒
所在地：

TEL:　　FAX:

連絡担当者：

次の者について、介護支援専門員実務研修の実習において、実習生を受け入れ、指導を担当したことを証明します。

申込者氏名									
介護支援専門員登録番号									
事業所名									
事業所番号									

実習生指導実績

	実習期間	実習生氏名	指導内容
例	R1/1/1～1/5	○○○　○○	模擬ケアプラン作成、見学実習
1			
2			
3			

※本証明書には、沖縄県介護支援専門員実務研修実習同意書も合わせて提出してください。

【記入上の注意】

- **申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず法人の管理者や、証明権限を有する方が作成してください。**
- **複数の指導実績が有る場合は、それぞれ記入してください。**