

# 証 明 願 い

私は、次の研修において、所定の課程を修了しましたが、当該研修を修了していることについて証明願います。

## 1 証明対象とする研修

※該当するものの□にチェックをして、修了年度を記入してください。

- 認知症介護基礎研修（修了年度：平成・令和 年度）
- 認知症介護実践者研修（修了年度：平成・令和 年度）
- 認知症介護実践リーダー研修（修了年度：平成・令和 年度）
- 認知症対応型サービス事業開設者研修（修了年度：平成・令和 年度）
- 認知症対応型サービス事業管理者研修（修了年度：平成・令和 年度）
- 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修（修了年度：平成・令和 年度）
- 痴呆介護実務者研修（基礎課程）（修了年度：平成 年度）
- 痴呆介護実務者研修（専門課程）（修了年度：平成 年度）

## 2 証明願の理由

※該当するものの□にチェックをしてください。

※その他の場合は、（ ）内に理由を記入してください。

- ①修了書紛失
- ②氏名変更
- ③その他（ ）

宮崎県長寿介護課 医療・介護連携推進室長 殿

年 月 日

住所

電話番号

氏名

（旧姓 ）

生年月日 昭和・平成 年 月 日

同封資料

- 1 身分証明書等（マイナンバーカード（表面）の写し・運転免許証の写し（表面・裏面）・保険証の写しなど）

※氏名変更した場合は、変更前と変更後の氏名がわかるもの

- 2 返信用封筒（必要金額分の切手を必ず貼付のこと）

※郵便番号及び住所を記入すること。