

実習指導者等証明書

年 月 日

一般社団法人北海道総合研究調査会

理事長 五十嵐 智嘉子 様

事業所名

住所

代表者名 _____ 印

交付担当者所属及び氏名

連絡先電話番号 — —

次の者は、北海道介護支援専門員実務研修における実習指導者であることを証明します。

氏名	(大・昭・平 年 月 日生)
介護支援専門員 登録番号	
実習指導者としての 従事期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (合計 日間)