様式3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **阿南市訪問型生活応援サービス従事者** |  | **実地研修修了証明書** |
| **阿南市はつらつデイサービス従事者** |

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  受講者氏名 |  |
| 生 年 月 日 |  |

上記の者は、下記研修内容を修了したことを証明します。

平成　　年　　月　　日

事業所所在地

事業者名

　　　　　　　　　　　　 代表者（職氏名）　　　　　　　　　　　　　 ㊞

電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修実施日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  |
|  |
| 研修時間 | 時　　　分　～　　　時　　　分 | （　　　時間　　分） |
| 実地研修区分  （終了したものにㇾ点を  入れてください） | □　阿南市訪問型生活応援サービス　同行訪問研修  　□　阿南市はつらつデイサービス　通所介護実地研修 | |
| 研修内容  ＊実施した内容を簡潔に記載してください。 |  | |