

※事務局使用欄	認定コード	単位種別	単位数	開催年月日	E-No.
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/>		/ /	

【様式Ⅳ】

認知症ケア専門士 施設内研修等修了証明書

(施設・団体・機関等の責任者が記入・捺印をしてください)

ご自身の更新申請期間にご提出ください

更新申請期間以外に提出した場合、返却します

一般社団法人日本認知症ケア学会

認知症ケア専門士認定委員会 殿

施設・団体・機関等名称	
住所	〒
TEL	
責任者氏名	(印)

次の者は、以下のとおり当施設・団体・機関等において開催した研修等を修了したことを証明します。

ふりがな		性別	1. 男 2. 女
専門士氏名		生年月日	(西暦) 年 月 日
開催日時	(西暦) 年 月 日	:	～ :
研修等名称			
参加対象者		参加者数	名
研修内容			

(注意) 1. 記入事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する責任者の職印(訂正印)で訂正してください。修正液等で訂正したものは無効となりますので、注意してください。

2. 認知症ケアに関する研修等を証明してください。

<申請する研修会ごとに本様式を1枚ずつ使用してください。複数必要な場合は、コピーしてお使いください>