

(様式)

## 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修に係る証明書

次の受講申込者は、当法人が運営する次の事業所に所属(予定)であり、小規模多機能型サービス等計画作成担当者としての資質を有することを証明します。

1. 受講申込者氏名 \_\_\_\_\_

(生年月日:昭和・平成 年 月 日)

2. 小規模多機能型居宅介護事業所名

\_\_\_\_\_

(平成 年 月 日より 所属・所属予定)

社会福祉法人秋田県社会福祉協議会

事務局長 佐藤 寿美 あて

平成 年 月 日

法人所在地 \_\_\_\_\_

法人名称 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_