【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・令和 　　年　 　月　 　日より　所属・所属予定）

　　　　　　　　　　令和７年　 　月 　　日

法人所在地

法人名称

代表者職氏名