

介護支援専門員資質向上研修（法定外研修）受講記録（ ____ / ____ 枚目 ）

合計日数 _____

合計時間 _____

ふりがな 受講者署名		介護支援専門員番号	
介護支援専門員証の有効期間		主任研修修了日 (主任更新研修修了日)	
日中連絡可能な電話番号			

主任介護支援専門員更新研修の受講申込にあたり、受講要件②の法定外研修を下記のとおり受講し、修了したことに相違ありません。

①修了年月日	②研修実施機関名称	③研修時間	④研修 I D	⑤研 修 名 称	⑥実施機関確認者名	⑦確 認 印
年 月 日		H				
年 月 日		H				
年 月 日		H				
年 月 日		H				
年 月 日		H				
年 月 日		H				
年 月 日		H				
年 月 日		H				
年 月 日		H				
年 月 日		H				

注1：表中の①～⑤欄については、法定外研修を受講する都度、受講者本人があらかじめ記載し、研修修了後に、研修実施機関より⑥及び⑦欄に記載・押印を受けること。
 なお、③研修時間欄について、研修時間が1時間30分の場合は、1.5Hと記載すること。また、主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修修了日欄には、直近に受けたいずれかの研修の修了日を記載すること。

注2：主任介護支援専門員更新研修の受講申込にあたっては、「法定外研修受講記録」（本記録）原本を提出すること。（複数ある場合は、左上をホチキス止めにすること。）

注3：修了書を発行された場合は、①～⑤までは記入し、⑥に「修了書添付」と記載し、修了書の写しを添付すること。その場合、確認印は不要です。