

東京都主任介護支援専門員更新研修
研修講師等証明書

令和 年 月 日

東京都大田区西蒲田3-19-1 ふれあいはずめま内

NPO法人大田区介護支援専門員連絡会

理事長 濱 洋子

公印

TEL 03(5755)3277

下記の者は、令和 年 月 日までの期間において、

当 NPO法人大田区介護支援専門員連絡会 が主催する介護支援専門員向けの
研修会において講師等を行った実績を有することを証明します。

フリガナ				生年月日(和暦)
申込者氏名				年 月 日生
研修会名	講師等実施日	講師等を担当した研修の主な内容	種別(該当するものに○)	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	
	年 月 日		講師 ・ ファシリテーター	

【注意事項】

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず研修主催者
NPO法人大田区介護支援専門員連絡会 の証明権限を有する者が作成します。
- 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- 「ファシリテーター」とは、研修の実施機関からファシリテーターを依頼され、演習
の際に各グループに配置され、グループ演習での議論に対して中立な立場を保ちなが
ら話し合いに介入し、議論をスムーズに調整しながら合意形成や相互理解に向けて深
い議論がなされるよう調整する役割を担う者をいいます。なお、事前に研修の実施機
関からファシリテーターとしての依頼がなく、当該グループ内で役割分担をする場合
にファシリテーターとなった場合は除きます。
- 本証明書では現時点で有効期間を有する主任介護支援専門員研修又は主任介護支援
専門員更新研修を修了した日から令和 年 月 日までの期間を証明してください。

介護支援専門員登録番号	
事業者名	
連絡先電話番号	