

(様式1)

令和3年度 滋賀県認知症介護サービス事業開設者研修

**現場体験実習修了証明書**

受講者名 \_\_\_\_\_

上記の者は下記のとおり「令和3年度滋賀県認知症介護サービス事業開設者研修」における現場体験実習を修了したことを証明します。

記

○現場体験実習実施日： 令和4年 月 日

○現場体験実習実施施設名：

令和4年 月 日

現場体験実習実施施設の法人名

印

※ この「現場体験実習修了証明書」は、研修レポートとあわせて提出してください。  
提出先：滋賀県社会福祉協議会 滋賀県社会福祉研修センター