

士会指定事業運営スタッフ証明書

貴殿は、以下の事業の運営スタッフとして協力したことを証明いたします。

申請年月日 平成 年 月 日

会員番号				
フリガナ	姓		名	
氏名				
生年月日 (西暦)				
所属				
申請する リーダー※	地域包括ケア ・ 介護予防 ・ 地域包括ケア、介護予防両方			

※ 申請するリーダーの登録をマイページから必ず行ってください。登録していないと反映されません。

参加した事業	
開催日時	
開催場所	

事業代表者の確認欄

士協会の役職			
事業代表者名		印 (サイン)	