

地域ケア会議、介護予防事業参加証明書

貴殿は、以下の事業に参加したことを証明いたします。

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者

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	地域ケア会議 ・ 介護予防事業 (参加した事業を○で囲む)
事業名	
参加日時	
開催場所	
事業内容	

所属長の確認欄

所属機関			
所属長の氏名		印 (サイン)	