

《書式 Ⅱ-1 》 e-ラーニング免除の士会指定事業参加証明書(士会活動・事業版)

地域包括ケアシステム推進リーダー制度	
e-ラーニング免除の士会指定事業参加証明書	
【士会活動・事業】	
氏 名： _____	
生年月日：（西暦） 年 月 日	
会員番号： _____	
事業実施日：平成 年 月 日	
士会指定事業	
免除するe-ラーニング(免除する方に○をつけて下さい) 地域包括ケア推進リーダー ・ 介護予防推進リーダー	
上記の通り、士会指定事業に参加したことを証明します。	
平成 年 月 日	
公益社団法人 東京都理学療法士協会	
担当部署	

担当者	
