

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・事業以外】	
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	
事業所名 _____ 担当者 _____	