

長崎市歯科医師会主催「食べるを繋ぐ研修会」における  
『修了証明書』発行までの流れ

①案内チラシに記載されている申込方法に沿って  
参加する研修会への申込みを行う



②研修会へ当日参加する（会場またはWeb 配信）

※オンデマンド配信は対象外とします。



③「研修修了証明依頼」と「修了証明書」を作成し  
110円切手を貼付した返信用封筒を同封の上  
長崎市歯科医師会へ送付する

[〒852-8104 長崎市茂里町 3-19-3F]

※申請期限は各研修会開催案内チラシにてご確認ください。



④歯科医師会にて、届いた「修了証明書」と  
研修会の「完全受講」が確認できたら  
返信用封筒にて証明書を返送する

※以下の場合、修了証明書の発行は出来ません。

- ・完全受講が確認できない場合
- ・Web 参加者の氏名が判明しがたい場合
- ・Web 配信を複数人で受講した場合
- ・オンデマンド配信を受講した場合
- ・修了証明書に内容が記入されていない場合
- ・研修修了証明依頼に押印がない場合
- ・返信用封筒または切手が貼付されていない場合
- ・申請期限（研修後1ヶ月）を過ぎた場合
- ・その他の理由により歯科医師会が認めない場合

# 【記入例】

(様式5)

一般社団法人長崎市歯科医師会 会長様

2026年 月 日

住所：  
氏名：  
生年月日： 年 月 日  
連絡先：

要押印

印

研修会開催案内チラシの記載通りに  
記入してください。

〔 研修の名称は研修会名  
研修修了年月日は開催日 〕

## 研修修了証明依頼

※記入してください  
パソコン入力可

このことについて、次の研修を修了したことを証明していただきますようお願いいたします。

1 研修名：**食べるを繋ぐ研修会①**

2 研修修了年月日：**2026年7月30日**

3 証明依頼理由：**主任介護支援専門員証更新のため、  
修了証明書が必要**

# 【記入例】

(様式6)

## 【注意！】

修了証明書は1研修につき  
1枚発行となります。

# 修了証明書

※記入してください

氏 名：

生 年 月 日： 年 月 日

研 修 の 名 称： 『 食べるを繋ぐ研修会① 』

研 修 時 間： 19時30分～21時00分（1.5時間）

修 了 年 月 日： 2026年7月30日

上記の者は、本研修を修了したことを証明します。

2026年 × 月 × 日

研修会開催案内チラシの記載通りに  
記入してください。

（ 研修の名称は研修会名  
修了年月日は開催日 ）

ここには何も記載しないでください

⑩

※本書は不正防止のため、「手書き」ではなく、  
パソコン等で入力・印刷したものを提出ください。

(様式5)

2026年 月 日

一般社団法人長崎市歯科医師会 会長 様

住 所 :

氏 名 : ㊟

生年月日 : 年 月 日

連 絡 先 :

### 研修修了証明依頼

このことについて、次の研修を修了したことを証明していただきますようお願いいたします。

1 研 修 名 :

2 研修修了年月日 :

3 証明依頼理由 :

# 修了証明書

氏 名：

生 年 月 日： 年 月 日

研 修 の 名 称：

研 修 時 間： 19時30分～21時00分（1.5時間）

修 了 年 月 日： 2026年 月 日

上記の者は、本研修を修了したことを証明します。

2026年 月 日

研修主催団体等名

代表者名

印