

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

介護福祉士実務者研修 受講証明書

実務者研修施設設置者
(またはスクーリング実施機関) _____

代表者名 _____ (印)

〒 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

(担当者: _____)

介護福祉士実務者研修受講資金の借入申込みにあたり、次の者が下記の実務者研修施設設置者が実施する介護福祉士実務者研修の受講者であることを証明します。

受講者	氏名	
	住所	〒 _____
受講期間		年 月 日 ~ 年 月 日
確認している受講者の所有資格		<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <small>※該当する□にチェック☑を入れてください。</small>
実務者 研修施設	設置者	
	所在地	
	電話番号	_____
	指定	<input type="checkbox"/> 文部科学大臣及び厚生労働大臣指定 <input type="checkbox"/> (_____) 知事指定 <small>※社会福祉士及び介護福祉法第40条第2項第5号の規定による指定について、上記のどちらか該当する□にチェック☑を入れてください。都道府県知事の指定を受けた場合は、()内に都道府県名を記入して下さい。</small>
備考		

【注意事項】

- ・本様式は、実務者研修施設が作成し、証明印（公印等）を押印してください。
- ・借入申込者が通信制の実務者研修を受講している場合、本様式は実務者研修施設の設置者、もしくはスクーリング実施機関のいずれかが作成してください。