

年 月 日

介護職員初任者研修修了証明書再発行願い

学校法人 啓誠学園  
大崎中央高等学校  
校長 佐々木 哲 殿

( 住 所 ) 〒 —

( 電話番号 ) — —

( 氏 名 )

私が下記のとおり介護員養成研修 ( 課程 ) を修了していることを証明願います。

○氏名 ( 研修修了時 )

○生年月日

年 月 日

○住所 ( 研修修了時 )

〒 —

○電話番号 ( 研修修了時 )

( ) —

○研修修了年度

年度

○研修機関名

○証明が必要な理由

※身分証明証 ( 免許証 ) の写しも提出してください。

介護職員初任者研修修了証明書再発行願い

学校法人 啓誠学園  
大崎中央高等学校  
校長 佐々木 哲 殿

現在の住所・氏名を  
記載してください。

( 住 所 ) 〒           —

( 電 話 番 号 )           —           —

( 氏 名 )

私が下記のとおり介護員養成研修（.....課程）を修了していること  
を証明願います。

介護職員基礎研修  
・  
介護職員初任者研修

○氏名（研修修了時）

○生年月日

年           月           日

○住所（研修修了時）

〒           —

氏名・住所等は研修修了当時のものを記載してください。  
※婚姻などで、姓が変わった場合でも、  
研修当時の姓を記入する。

○電話番号（研修修了時）

(           )           —

○研修修了年度

年度

○研修機関名

学校法人 啓誠学園      大崎中央高等学校

○証明が必要な理由

例：紛失理由と必要な理由を記入する。

※身分証明証（免許証）の写しも提出してください。