

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。