

介護員養成研修修了証明書等交付申請書

高知県知事 様

免除を受けたい研修に○  
をつけてください。

年 月 日

事業所の介護業務従事（予定）  
先記入欄の日付以降の日

（ 介護職員初任者 ・ 生活援助従事者 ）研修課程の全科目を免除されていますので、  
修了証明書等を交付して下さるよう申請します。

| 申請者 |                                                                                                          |    |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 氏名  | フリガナ コウチ タロウ<br><b>高知 太郎</b>                                                                             | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>S50</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日 |
| 住所  | 〒 <b>780-8570</b><br><b>高知市丸ノ内1丁目2番20号</b><br><br>(電 話) <b>088-823-9631</b><br>(FAX) <b>088-823-9207</b> |    | 資格                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師<br><input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師<br><input type="checkbox"/> 実務者研修修了<br><input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>【取得年月日】<br><b>H20</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日 |                                    |

申請者の介護業務従事（予定）先記入欄

上記の者は、介護業務に従事している（する予定である）ことを証明します。

年 月 日

「申請者の介護事業従事（予定）先記入欄」は従事  
される訪問介護事業所の方に記載を依頼し、必ず事  
業所印（公印）を押印してもらってください。（訪問  
介護事業所に限りますので、法人名ではなく、事業  
所名を記載。）

高知県収入証紙貼付欄

500円  
高知県収入証紙

事業所名

代表者名

印

所在地

電話番号

※看護師、准看護師、保健師、助産師の免許証、実務者研修、初任者研修等の修了証明書の原本を添付すること。