

研修受講(予定)証明書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会長 様

研修 受講施設	住所 (施設の所在地)	〒 _____ 電話 ()
	名称	
	施設等の長の職 及び氏名	Ⓜ
	(連絡担当者氏名)	

下記の者は、本研修施設で実施している研修の受講者(又は申込者)であることを証明いたします。

氏名		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生
研修種類	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修、 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受講開始日	<input type="checkbox"/> 開始済 <input type="checkbox"/> 開始前(申込済)	令和 年 月 日	※ 開始済みの場合は「開始日」、開始前の場合は「申込日」を記入。	
研修修了(予定)日	<input type="checkbox"/> 修了済 <input type="checkbox"/> 受講中	令和 年 月 日		
この研修の受講は 公共職業訓練又は求職者支援訓練制度を		<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない		
受講者は介護・障害福祉分野の実務経験が		<input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無 ※研修申込者、聴取等で確認ください。		

※ 研修修了が遅延または退学が生じた場合は、県社協へご連絡ください。