

介護福祉士実務者研修受講資金 受講証明書

記入日 年 月 日

山形県社会福祉協議会長 殿

養成施設の所在地

電話 ()

養成施設の名称

養成施設の長の
職及び氏名

公印

下記の者は、本養成施設で実施してい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。

氏 名	
受講期間〈西暦〉	年 月 日 から 年 月 日まで
確認している 本人の所有資格	該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <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"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 無資格

養成施設担当者

担当者氏名	
連絡先	TEL () FAX ()