

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

介護福祉士実務者研修 受講証明書

実務者研修施設設置者
(またはスクーリング実施機関) _____

代 表 者 名 _____ (印)
〒 _____
所 在 地 _____
電 話 番 号 _____
(担当者: _____)

介護福祉士実務者研修受講資金の借入申込みにあたり、次の者が下記の実務者研修施設設置者が実施す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。

| | | | | |
|-------------|--|---|----|---|
| 受講者 | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 _____ | | |
| 研修名 | | | 課程 | <input type="checkbox"/> 通信 <input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 |
| 受講期間 | | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 |
| 実務者 研修施設 | 設置者 | | | |
| | 所在地 | | | |
| | 電話番号 | - | - | |
| | 指定 | <input type="checkbox"/> 文部科学大臣及び厚生労働大臣指定 <input type="checkbox"/> () 知事指定 <small>※都道府県知事の指定を受けた場合は、()内に都道府県名を記入して下さい。</small> | | |
| スクーリング実施機関 | <input type="checkbox"/> 上記設置者と同じ <input type="checkbox"/> 上記設置者と異なる (機関名: _____) | | | |
| 備考 | | | | |

【注意事項】

- ・本様式は、実務者研修施設が作成し、証明印（公印等）を押印してください。
- ・借入申込者が通信制の実務者研修を受講している場合、本様式は実務者研修施設の設置者、もしくはスクーリング実施機関のいずれかが作成してください。
- ・同一の法人が複数の実務者研修を実施している場合、研修名は、教室・コース等が特定できるように記入してください。
- ・選択式のところは、該当する項目の□をチェック (☑) してください。