

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

## 研修受講証明書

研修実施主体

(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: \_\_\_\_\_)

障害福祉分野就職支援金の借入申込みにあたり、次の者が下記の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"/> 居宅介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 障害者居宅介護従事者基礎研修 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 ( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 応用) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護従業者養成研修 ( <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 統合 <input type="checkbox"/> 行動障害支援) <input type="checkbox"/> 行動援護従業者養成研修 <input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者養成研修 (基礎研修及び実践研修) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
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 (合計受講時間 約 _____ 時間)			
受講状況	<input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 受講中 <input type="checkbox"/> 受講手続済 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
研修実施 主体	法人名			
	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 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 指定なし		
備考				
	<input type="checkbox"/> スクーリング実施機関は、上記実施主体と異なる (機関名: _____)			

## 【注意事項】

- ・本様式は、研修実施主体が作成し、証明印（法人印等）を押印してください。
- ・実施主体の支店等がスクーリングを実施している通信制の研修の場合は、本様式をスクーリング実施機関が作成しても差支えありません。ただし、スクーリング実施機関について、備考欄必ず記入してください。
- ・同一の法人が複数の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。