様式第５号(実務者研修受講資金)

**実務者研修受講（予定）証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　 　年　　 月 　　日

　長崎県社会福祉協議会長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実務者研修受講施設 | 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介護福祉士実務者研修の受講者（又は申込者）であることを証明いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | □　昭和□　平成 | 年　　月　　日生 |
| 受講料 | 　　　　　　　　　　円（税込み、各種割引控除後） |
| 受講申込日 | 令和　　 年　　　月　　　日 |
| 修了証明書発行見込み日 | 令和　　 年　　　月　　　日 |
| 教育訓練給付金 | この講座は | □　A1:専門実践教育訓練給付金の対象□　A2:一般教育訓練給付金の対象□　A3:教育訓練給付金の対象ではない |
| 申請者は | □　利用する□　利用しない |