

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	⑩
	(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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> A1: 専門実践教育訓練給付金の対象 <input type="checkbox"/> A2: 一般教育訓練給付金の対象 <input type="checkbox"/> A3: 教育訓練給付金の対象ではない		
	申請者は	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない		