

研修受講証明書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会長 様

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研修の受講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
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"/> その他 ()			
受講開始日	令和 年 月 日			
研修修了日	令和 年 月 日			
この研修の受講は 公共職業訓練又は求職者支援訓練制度を			<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	
受講者は介護・障害福祉分野の実務経験が			<input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無 ※研修申込者、聴取等で確認ください。	

※ 研修修了が遅延または退学が生じた場合は、県社協へご連絡ください。