

研修事業者が現存する場合は、  
研修事業者へ直接ご依頼ください。

記入例

介護員養成研修 修了証明申請書

記載日（原則、郵送日）

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

鹿児島県保健福祉部  
高齢者生き生き推進課介護保険室長 殿

研修修了者ご本人の  
現在の住所、氏名を  
記入してください。

※事業者又は、  
担当者ではありません。

|     |             |  |
|-----|-------------|--|
| 申請者 | 住 所         | 〒 890 - 8577<br>鹿児島県鹿児島市鴨池新町 10-1<br>県庁マンション○○○号 |
|     | フリガナ<br>氏 名 | カイゴ ハナコ<br>介護 花子                                 |
|     | 電話番号        | ( 099 - 999 - 9999 )                             |

1~4は、必ず記入が必要です。

修了時のフリガナと氏名を記入  
旧氏名の場合、戸籍の抄本の  
写しが必要です。

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | フリガナ   | カゴシマ ハナコ   |
| 2 | 登録氏名   | 鹿児島 花子   |
| 3 | 生年月日<br>※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 西暦 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日<br><input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 |
| 4 | 修了課程<br>※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修                                       |
| 5 | 研修事業者名   | ○○○○株式会社   |
| 6 | 修了年月日  | <input type="checkbox"/> 西暦 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日<br><input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和   |
| 7 | 修了証書番号   | 第○○○○号   |
| 8 | 理由<br>※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損   |

5~7は、わかる範囲で  
記入してください。

※1 フリガナ、2 登録氏名、3 生年月日、4 修了課程は、必ず記入してください。

◎添付書類

- 1 身分を証明する書類の写し（運転免許証、パスポート等）
- 2 返信用封筒角2号（送付先の住所及び氏名記載、郵便料金分の切手貼付）
- 3 戸籍抄本等の写し（氏名変更による登録氏名と申請者氏名が異なる場合のみ）

角2号サイズとは  
A4用紙を曲げずに入れられる大きさです。