

介護職員初任者研修 修了証明書交付申請書

記載日（原則、郵送日） 令和 5 年 8 月 1 日

鹿児島県知事 殿

事業者ではありません

申請者	住 所	〒 890 - 8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町 10-1 県庁マンション 123 号
	フリガナ 氏 名	カイゴ ハナコ 介護 花子
	電話番号	(090 - 0000 - 0000)

鹿児島県介護員養成研修事業者指定要綱第 17 条第 1 項に定める介護職員初任者研修修了者とみなす者として、修了証明書の交付を受けたいので、下記の通り、関係書類を添えて申請します。

登録証に記載のある情報を記入してください。

記

登録氏名	鹿児島 花子	登録証が旧氏名の場合
生年	2000 年 2 月 21 日	和暦で可
資格証	種 類	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 *該当するもの□に✓
	登録日	(和暦) 3 年 3 月 31 日 S・H・®
	番 号	第0000000000号

訪問介護員としての就労先	事業所住所	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労予定 年 月 日
	事業所名	
	事業所電話番号	担当者名
	099-000-0000	〇〇 〇〇

◎添付書類

- 1 資格証の写し
- 2 返信用封筒角 2
- 3 戸籍謄本等の写し（資格証と申請者の氏名が異なる場合のみ）

こちらの記入は必須です。事業所へ確認する場合がございます。間違いのないようにしてください。