介護職員初任者研修 修了証明書交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

　鹿児島県知事　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 〒 |  | - |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 電話番号 | （ |  | | - |  | | - |  | ） |

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。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録氏名 | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  |  | 年 |  | | 月 |  | 日 |  |
| 資格  証 | 種類 | ☐看護師　　☐准看護師 　 ☐保健師　　☐助産師  ＊該当するもの□に✓ | | | | | | | | |
| 登録日 | （和暦）  S・H・R |  | 年 |  | | 月 |  | 日 |  |
| 番号 |  | | | | | | | | |
| 訪問介護員としての就労先 | | 事業所住所 | | | | | | | ☐　就労  ☐　就労予定  　　　年　　月　　日 | |
|  | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 事業所電話番号 | | | | 担当者名 | | |
|  | | | |  | | |

◎添付書類

１　資格証の写し（看護師，准看護師，保健師，助産師のうち該当するもの）

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）