

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

鹿児島県知事 殿

資格証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 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。

資格証に記載のある情報を記入してください。

登録氏名	鹿児島 花子		
生年	和暦でも可	2000	年
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・R	
	番 号	第 0000000000 号	

資格証が旧氏名の場合，戸籍の抄本の写しが必要です。

訪問介護員としての就労先	事業所住所	鹿児島県鹿児島市○○町1-1	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労予定 年 月 日
	事業所名	訪問介護事業所 ○○	※就労予定とは，訪問介護員としての勤務を確認する目的ですので，その日までにお渡しすることは出来かねます。
	事業所電話番号	099-000-0000	
	担当者名	○○	

◎添付書類

- 1 資格証の写し（看護師，准看護師）
- 2 返信用封筒角 2 号（送付先の住所を記入）
- 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）

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。お間違いのないようにしてください。

角 2 号サイズとは A 4 用紙を曲げずに入る大きさです。