

鹿児島県重度訪問介護従業者養成研修修了者名簿

指定研修事業者名	鹿児島県庁重度訪問介護従業者養成研修
研修課程	統合課程

※研修課程ごとに名簿を作成

No	研修修了者								所属事業所等						
	研修実施期間	修了証書 交付日	修了証書番 号	氏名	フリガナ	生年月日	職名	電話番号	法人名	事業所名	郵便番号	市町村名	住所	電話番号	FAX番号
1	令和7年5月20日～5月25日	R7.5.25	県庁-25-001	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	S55.5.5		090-0000-0000	株式会社 〇〇	〇〇ヘルパーステーション	890-0000	鹿児島市	桜ヶ丘〇丁目〇〇	099-111-1111	099-111-1111
2	令和7年5月20日～5月25日	R7.5.25	県庁-25-002	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	S44.4.4		080-0000-0000	社会福祉法人 〇〇	× ×	890-0000	鹿屋市	札元〇〇	099-222-2222	099-222-2222
3	令和7年5月20日～5月25日	R7.5.25	県庁-25-003	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	H1.2.3		070-0000-0000	医療法人 〇〇	〇〇事業所	890-0000	枕崎市	中央町〇〇	099-333-3333	099-333-3333
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

番号は事業者毎に定めた形式で

姓と名の間に全角スペースを入れ

職名が特になければ記載不要で

1行に1件のデータとし、セルの結合等を行わないようにしてください。