（様式）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　石川県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　名前：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日：　　　年　　　月　　　日）

電話番号：

介護職員初任者研修修了証明書交付申請書

　　　私が、下記により介護職員初任者研修を修了したとみなされるものであることを証明願います。

記

　１．保有資格（取得年月日：　　　年　　月　　日）

２．交付を必要とする証（　Ａ４サイズ　・　携帯用　）

　３．申出理由

《添付書類》（添付した資料について、🗹を記入すること）

　□ 本人確認資料（運転免許証の写し等）

□ 書換え、汚損または破損した場合は、修了証明書（原本）

　 □ 要領２（１）に該当する者は、国家資格等取得証明書（看護師免許証等の写し）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式）

**記 載 例**

令和○○年●●月○○日

　石川県知事　　○○　○○　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：〒９２０－８５８０

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　石川県金沢市鞍月１丁目１番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　名前：新幹　線子

　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日：昭和▲▲年△△月▲▲日）

介護職員初任者研修修了証明書交付申請書

　　　私が、下記により介護職員初任者研修を修了したとみなされるものであることを証明願います。

記

　１．保有資格（取得年月日：平成□□年■■月□□日）

　　　保健師

２．交付を必要とする証（　Ａ４サイズ　・　携帯用　）

　３．申出理由

　　　業務にあたり必要なため

《添付書類》（添付した資料について、🗹を記入すること）

　☑ 本人確認資料（運転免許証の写し等）

□ 書換え、汚損または破損した場合は、修了証明書（原本）

　 ☑ 要領２（１）に該当する者は、国家資格等取得証明書（看護師免許証等の写し）