

介護福祉士実務者研修受講証明書

年 月 日

(社福) 栃木県社会福祉協議会会長様

養成施設の所在地

電話 ()

養成施設の名称

養成施設の長の
職及び氏名

㊟

以下の者は、本養成施設で実施している介護福祉士実務者研修の受講者であることを証明します。

受講者	氏名	
	住所	
研修実施場所 (スクーリング実施校) ※上記養成施設 と同様の場合は 記入不要	名称	
	所在地	
	電話	
受講期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	
確認している 本人の所有資格 ※把握している場合 はご記入ください。	該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 2 級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 1 級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 無資格	