

介護福祉士実務者研修受講証明書

年 月 日

(社福) 佐賀県社会福祉協議会会長様

実務者研修施設の所在地

電話 ()

実務者研修施設の名称

実務者研修施設の長の
職及び氏名

印

以下の者は、本研修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。

| | |
|--|--|
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 勤務先事業所名 | |
| 受講期間 | 年 月 日から 年 月 日まで (月) |
| 確認している 本人の所有資格等 ※把握している場合 はご記入ください。 | 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 2 級 <input type="checkbox"/> 介護に関する入門的研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修 <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 |