様式第９号（第28条, 第35条関係）

介護員養成研修修了証明書等交付申請書

年　　月　　日

高知県知事　様

免除を受けたい研修に○をつけてください。

事業所の介護業務従事（予定）先記入欄の日付以降の日

（　介護職員初任者　・　生活援助従事者　）研修課程の全科目を免除されていますので、修了証明書等を交付してくださるよう申請します。

申請者					
氏名	フリガナ　コウチ　タロウ 高知　太郎	性別	男・女	生年月日	S50 年 1 月 1 日
住所	〒 780－8570 高知市丸ノ内１丁目２番20号 （電　話）088－823－9631 （ＦＡＸ）088－823－9207	資格	☑看護師　☐准看護師 ☐保健師　☐助産師 ☐実務者研修修了 ☐介護職員初任者研修修了 ☐その他（　　） 【取得年月日】 H20 年 1 月 1 日		

申請者の介護業務従事（予定）先記入欄

上記の者は、介護業務に従事している（する予定である）ことを証明します。

年　　月　　日

「申請者の介護事業従事（予定）先記入欄」は従事される事業所の方に記載を依頼し，必ず事業所印(公印)を押印してもらってください。

高知県収入証紙貼付欄

５００円
高知県収入証紙

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

所 在 地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※看護師、准看護師、保健師、助産師の免許証、実務者研修、初任者研修等の修了証明書の原本を添付すること。