

受講証明書

年 月 日

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会長

〒 ー
実務者研修施設の住所 _____
電話 () _____
実務者研修施設の名称 _____
実務者研修施設の長 _____ 印

次の者は、介護福祉士実務者研修施設に在学し、実務者研修を受講中の者であることを証明します。

貸付資金	介護福祉士実務者研修受講資金
氏 名	フリガナ
生 年 月 日	☐ 昭和 年 月 日 (歳) ☐ 平成
実務者研修施設名	
在 籍 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
備 考	