

(様式1)

介護員養成研修等修了証明書交付証明願

令和 年 月 日

熊本県立八代農業高等学校長 様

住所

氏名

印

私は、
 { 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第3条第1項第2号に掲げる研修
 厚生省の定めるホームヘルパー養成研修 }

を修了し、修了証明書の交付を受けた者であることを、下記のとおり証明願います。

記

研修修了時氏名	
研修修了時住所	
生年月日	年 月 日生
研修課程	課程
研修修了日	年 月 日
修了証明書番号	第 号
証明を必要とする理由	1 亡失したため 2 き損により使用に耐えなくなったため

※氏名、生年月日、住所を確認できる公的書類の写しを添付すること。

※研修修了時と氏名や住所が変更している場合、そのことがわかる書類を添付すること。

※修了証明書のき損により証明を希望する際には、き損した修了証明書を添付すること。

(様式2)

八農高介証第 号

介護員養成研修修了証明書交付証明書

下記の者は、
介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第3条第1項第2号に掲げる研修
厚生省の定めるホームヘルパー養成研修

を修了し、修了証明書の交付を交付した者であることを証明します。

記

研修修了時氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
研修課程	介護員養成研修2級課程・介護職員初任者研修課程
研修修了日	昭和・平成 年 月 日
修了証明書（修了証書）番号	第 号

以上

令和 年 月 日

熊本県立八代農業高等学校長

○ ○ ○ ○