

第2号様式

年 月 日

千葉県知事 様

(郵便番号)

住 所

氏 名

生年月日

連絡先電話番号

印

介護職員初任者研修課程修了証明書の発行について

このことについて、修了証明書を発行願います。

記

1 資格（該当するものを○で囲むこと）

- ・ 看護師免許
- ・ 准看護師免許
- ・ 保健師免許

2 添付書類

- ① 資格証書の写し
- ② 在宅介護サービス従事経験証明書（別記1）
- ③ 職場研修計画書（任意様式）（②が提出できない場合）