喀痰吸引等に関する研修修了証明書及び修了した研修内容、研修時間を示す資料がない場合の提出書類

　 住所

　 氏名 　　　　　　　　　印

　 申請者との関係

私は、下記について事実であることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 介護職員名 |  |
| 指導者名 |  |
| 受講年月日 |  |
| 教育内容及び  時間数 |  |