

令和 年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団  
介護福祉士実務者研修に係る証明書発行願

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団  
理事長 行松 英明 様

自宅住所：  
氏 名： 印

私が、当該研修を受講したことについて、次の通り証明書を発行願います。

研修修了時氏名	
生年月日	年 月 日生
研修名	社会福祉法人大阪府社会福祉事業団 OSJ介護員養成スクール（介護福祉士実務者研修課程）
受講年度	年度 月開講コース
証明内容	<input type="checkbox"/> 実務者研修修了証明書 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了見込証明書 <input type="checkbox"/> 教育訓練受講証明書 <input type="checkbox"/> 教育訓練修了証明書 <input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 修了証書交付証明書
証明を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験受験申込のため <input type="checkbox"/> 一般教育訓練給付の教育訓練給付金申請のため <input type="checkbox"/> 修了証書の亡失・き損のため <input type="checkbox"/> その他 ( )

※ 84円切手を貼り、送付先を記入した返信用封筒を同封すること。

※ 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。

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