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 | □　実務者研修修了証明書□　実務者研修修了見込証明書□　教育訓練受講証明書□　教育訓練修了証明書□　領収証□　修了証書交付証明書 |
| 証明を必要とする理由 | * 介護福祉士国家試験受験申込のため
* 一般教育訓練給付の教育訓練給付金申請のため
* 修了証書の亡失・き損のため
* 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。