

社会福祉法人聖隷福祉事業団 喀痰吸引等研修修了証書原本証明申請書

年 月 日

社会福祉法人 聖隷福祉事業団  
理事長 青木 善治 様

住 所

氏 名



電話番号

下記のとおり、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和 62 年厚生省令第 49 号）別表第一から第三に掲げる研修の修了証明について、原本証明を申請します。

記

研 修 課 程	1. 第一号研修 2. 第二号研修 3. 第三号研修
生 年 月 日	年 月 日
修 了 年 月 日	年 月 日
原本証明が必要な理由 (該当箇所に○をつける)	1. 国家試験受験 2. その他 ( )

(添付書類)

①身分証明書の写し（免許証、保険証等のコピー）

②研修修了時の氏名が現在の氏名と異なる場合は、その事実が確認できる書類の写し