

(様式14)

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

申請者住所
申請者氏名
連絡先

「介護職員初任者研修修了証明書」の交付申請書

秋田県介護職員初任者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱（平成24年12月21日付長寿－1822秋田県健康福祉部長通知）第22条第2項に基づき、修了証明書及び同携帯用の交付について申請します。

- 1 氏名
- 2 住所
- 3 生年月日
- 4 保健師等の免許番号
- 5 免許交付年月日

添付書類等

- ・保健師、看護師、准看護師の免許証の写し1部
- ・返信用封筒（角2封筒に申請者の自宅住所を記載の上、120円切手を貼付）

【留意事項】

この申請により交付される「介護職員初任者研修修了みなし証明書」(以下「証明書」といいます。)は、証明書を必要とする方が、対外的に身分を証明する際に必要となるもので、交付を受けた方が責任をもって所有・保管していただくものです。そのため、申請は本人が行ってください。雇用主(介護保険施設、事業者等)が必要な場合であっても、申請はあくまでも、証明を要する方本人が行うこととなります。

【申込み先及び問合せ先】

〒010-8570

秋田市山王4丁目1番1号

秋田県健康福祉部長寿社会課 介護人材対策チーム

電話 018-860-1364