（様式１４）

 年　　　月　　　日

　（あて先）秋田県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

※代理申請はできません。必ず本人が申請してください。

※保健師、看護師、准看護師の免許証の写し１部を必ず添付してください。

【留意事項】

１　添付書類等

 　・看護師、准看護師、保健師の免許証の写し

 　・返信用封筒

　　　　　修了証明書はＡ４サイズ（携帯用は名刺サイズ）になりますので、　　　　Ａ４サイズの封筒に１２０円分の返信用切手を貼って、あて名を記載　　　　してください。

２　申請者について

 　・　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等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ので、。

　　　　　そのため、申請は証明を要する方、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。（証明書の送付先　　　は、申請者本人あての住所になります。）

　３　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　介護保険班

 　　　電話　０１８－８６０－１３６３