（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