

(様式14)

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

申請者氏名

## 「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 郵便番号 ※自宅の郵便番号を記載してください。
- 3 住所 ※自宅の住所を記載してください。
- 4 電話番号
- 5 生年月日
- 6 保健師等の免許番号
- 7 免許交付年月日

### 添付書類

- ・保健師、看護師、准看護師の免許証の写し 1部  
※免許証と現在の氏名が異なっている状態では交付手続きができません。

**【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)が証明書を必要とする場合であっても、申請はあくまでも、証明を受ける方本人が行うこととなります。

**【提出先及び問合せ先】**

〒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

メール Chouju@pref.akita.lg.jp