参考２

修了証明書交付証明願

　　　　年　　月　　日

山梨県知事　　殿

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

私は、 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程　を修了し、修了証明書の交付を受けた者であることを、次のとおり証明願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修修了時氏名 |  |
| 研修修了時住所 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生 |
| 研修事業者名 |  |
| 研修課程 | 課程 |
| 研修修了日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 修了証明書番号 | 　　　　　　　　　　号 |
| 証明を必要とする理由 | １　亡失したため２　き損により使用に耐えなくなったため |

※本証明願いは、あなたが研修を修了した研修実施機関がすでに存在しないときなど、他に交付証明を行う機関が無い場合に限り行うことができます。

※氏名、生年月日、住所を確認できる公的書類の写しを添付すること。

※研修修了時と氏名や住所が変更している場合、そのことがわかる書類を添付すること。

※修了証明書のき損により証明を希望する際には、き損した修了証明書を添付すること。