喀痰吸引等研修 修了証明書申請書

　下記の研修を修了したことの証明書の発行をお願いします。

記

１　研修修了者氏名及び生年月日

　（１）氏　　名

　（２）生年月日

※再発行の場合のみ身分証の写しを添付する。また、再発行で氏名に変更がある場合、戸籍抄本の写し等、同一人であることを証明する書類を添付する。

２　証明書が必要な研修

（１）研修名（○を記載する）

 喀痰吸引等研修〈 基本研修 ・ 実地研修 〉

（２）修了年月　※再発行の場合のみ記載

３　証明書が必要な理由

　　令和　　年　　月　　日

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会

会　長　　北　村　 清　士　　様

　　　　　　　　　　　　申請人　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（日中の連絡先）

（送付先）

　　　　　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所