

## 介護福祉士実務者研修在学証明書

(社福) 神奈川県社会福祉協議会会長 様

ふりがな	
氏名	
受講生番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
受講開始日	年 月 日
修了予定日	年 月 日

上記の者は、本養成施設で実施している介護福祉士実務者研修に在学中であることを証明します。

年 月 日

養成施設の名称・住所・電話

住所 〒

電話番号 ( )

名称 (学校名)

養成施設の長の職及び氏名

公印