

*事務局記入欄	
受付日	
受付番号	

## 介護職員等によるたんの吸引等研修「修了証書」 原本証明申請書

一般社団法人 兵庫県介護福祉士会会長 殿

申請日	年 月 日	
(ふりがな) 申請者氏名	Ⓜ	生年月日
		年 月 日
現住所	〒 -	電話番号 (日中に連絡が取れる番号)

修了年月日	年 月 日
修了証書番号	第 号
証明を必要とする理由	

※申請の前に、提出書類が揃っているかどうか、チェックしてください。

提出 書類	<input type="checkbox"/> 介護職員等によるたんの吸引等研修「修了証書」 原本証明申請書 <input type="checkbox"/> 修了証書写し 2枚 <input type="checkbox"/> 返信用封筒 1枚 <small>(レターパックライト(370円)に返送先住所・氏名を記入・半折可)</small>
----------	--

【申込・問合せ先】 一般社団法人 兵庫県介護福祉士会 事務局  
〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター5階  
TEL: 078-855-9155