*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	□ 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 □ 修了証書写し　2枚 □ 返信用封筒　1枚 （返信用封筒レターパックライト（430 円）に返送先住所・氏名を記入・半折り可）

【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