

群馬県収入証紙
貼付欄

介護員養成研修受講全科目免除申請書（介護職員初任者研修課程）

年 月 日

群馬県知事 あて

(申請者)
郵便番号
所在地
法人名
代表者職・氏名
担当者氏名
電話番号

介護職員初任者研修課程の受講について、下記の者の受講免除を申請します。

記

免除対象者	ふりがな		生年月日	
	氏名			
	住所			
	保有資格	保健師・看護師・准看護師		
	登録年月日			
指定訪問介護事業所等 名称				
指定訪問介護事業所等 住所				
介護保険事業所番号				
従事開始予定日				

- ※ 返信用封筒（140円分の切手を貼付し、あて先及びあて名を記載したもの）を添付すること。なお、大きさは角型2号とする。
- ※ 証明書発行手数料として、群馬県収入証紙400円を添付すること。
- ※ 保有資格欄は看護師、准看護師、保健師のいずれかを丸で囲み、資格証明書の写しを添付すること。なお、改姓している場合は、改姓の確認ができる書類を添付のこと。
- ※ 登録年月日欄は、保有資格の登録年月日を記載すること。

年 月 日	介護職員初任者研修課程を修了したことを証明する。	第 号
介護員養成研修事業者名 代 表 者 職 氏 名		修 了 証 明 書
印		氏 名 年 月 日 生

- ※ 上記の修了証明書のサイズは、日本工業規格A4版（洋紙）以上の規格とすること。
- ※ 代表者の印は私印ではなく法人代表者印とすること。
- ※ 横書きでも可とする。

年 月 日	介護職員初任者研修課程を修了したことを証明する。	第 号
介護員養成研修事業者名 代 表 者 職 氏 名		修 了 証 明 書 (携 帯 用)
印		氏 名 年 月 日 生

- ※ 名刺サイズ（91mm×55mm程度）とすること。
- ※ 代表者の印は私印ではなく法人代表者印とすること。
- ※ 横書きでも可とする。

第 号	修了証明書	氏 名
	生活援助従事者研修課程を修了したことを証明する。	年 月 日生
年 月 日		
介護員養成研修事業者名		
代 表 者 職 氏 名		
印		

- ※ 上記の修了証明書のサイズは、日本工業規格A4版（洋紙）以上の規格とすること。
- ※ 代表者の印は私印ではなく法人代表者印とすること。
- ※ 横書きでも可とする。

第 号	修了証明書 (携帯用)	氏 名
	生活援助従事者研修課程を修了したことを証明する。	年 月 日生
年 月 日		
介護員養成研修事業者名		
代 表 者 職 氏 名		
印		

- ※ 名刺サイズ（91mm×55mm程度）とすること。
- ※ 代表者の印は私印ではなく法人代表者印とすること。
- ※ 横書きでも可とする。

介護員養成研修修了者名簿

研修事業者名		研修課程			指定研修番号		研修指定年月日		
氏名	フリガナ	性別	生年月日	住所	修了証明書番号	修了年月日	科目免除該当要件	免除時間	備考
例	群馬 太郎	ガンマ タロウ	男	1970/1/1	群馬県前橋市大手町1-1-1	2019-1-初-1	2018/7/20		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

※ 修了者数に応じて、欄を増減のこと。

※ エクセル表で作成保存したデータを提出すること。

※ 研修受講途中で改姓のあった受講者については、関係する証明書等を添付すること。

※ 科目免除該当要件欄は科目免除を行った場合に、「介護業務従事経験者」、「生活援助従事者研修課程修了者」、入門的研修（基礎・入門講座修了者）、入門的研修（入門講座のみ修了者）、認知症介護基礎研修修了者、訪問介護に関する三級課程修了者のいずれかを記載すること。

※ 免除時間欄は科目免除を行った場合に、免除時間の合計を記載すること。