

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。