

様式第2号

介護福祉士実務者研修受講（予定）証明書

平成 年 月 日

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会会長 様

実務者研修施設の所在地

電話番号

実務者研修施設の名称

実務者研修施設の代表者

⑩

下記の者は、実務者研修を受講中（予定）であることを証明します。

フリガナ	
氏名	
住所	
受講開始年月日	年 月 日
卒業(予定)年月	年 月
受講金額	円