　　白寿会研修センター長　様

**喀痰吸引等研修　修了証書　原本証明依頼書**

１　修了証書発行年月日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

２　修了証書番号　　　　　　　　　　　白寿介第　　　　　　　号

３　原本証明依頼の理由

　　　　（　　）介護福祉士登録証に「実地研修を修了した喀痰吸引等行為」の登録申請

　　　　　　　　を行うため。

　　　　（　　）その他　　理由

　上記により、喀痰吸引等研修の修了証書の原本証明を依頼します。

　　　　　　　依 　頼 　日 年　　　月　　　日

　　 　　フ リ ガ ナ

　　　　　　　氏　　 　　 名

生　年　月　日　　　　　　　　年　　　月　　　日生

電　話　番　号　　　　　（　　　　）

※切手を貼付し、返信先住所・宛名を記入した返信用封筒とともに送付してください。

　　送付先　〒557-0063　大阪市西成区南津守7-12-32　社会福祉法人白寿会

　　　　　　　　　　　　　白寿会研修センター　宛

※実地研修の完了報告書と同送いただく場合は「１修了証書発行年月日」と「２修了証書番号」は空欄で構いません。

※この依頼書は実地研修完了以降に受付します。

白寿会研修センター20240613