

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。

() 認定特定行為業務従事者認定証の申請のため

() 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。