（参考12－1）介護職員初任者研修関係

科 目 免 除 願

　年　　　月　　　日

研 修 事 業 者　様

（受講番号）

（）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（住　　所）〒

（電話番号）

介護職員初任者研修の以下の科目について、免除願います。

|  |
| --- |
| 免　除　科　目　名 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

添 付 書 類

・介 護 業 務 従 事 証 明 書（参考13）

・免除資格を証明する書類（修了証）の写し

（＊該当するものを○で囲んでください。）

（参考13）

介 護 業 務 従 事 証 明 書

　　年　　　月　　　日

研 修 事 業 者　様

施設・団体名

（指定事業所番号）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

施 設 種 別

住　　　 所　　〒

電 話 番 号

次の者は、介護業務の従事経験を有することを証明します。

（）

（施設・団体名）

（従事職種）

（就業期間）　　　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日

　　　（従事日数）　　　　　　　　日間

＊従事職種については、従事している業務内容を含めできるだけ具体的に記載してください。