

# 研修修了確認依頼書

年 月 日
-------

石川県知事 様

氏名 (自署)	
生年月日	年 月 日
現住所	
登録番号	

私は、 \_\_\_\_\_ 年度 \_\_\_\_\_ 研修を受講しましたが、  
(受講した研修について記入して下さい。)

修了証明書を紛失しましたので、研修修了について確認をお願いいたします。

研修受講時と現在の氏名が異なる場合は、下記に記入してください。

受講時の氏名	ふりがな	
	氏名	

長寿社会課記入欄 ※ 以下は記入しないでください。

- |   |      |       |    |
|---|------|-------|----|
| <input type="checkbox"/> 更新研修A 専門研修課程Ⅰ及びそれに相当する研修 | 受講年度 | _____ | 年度 |
| <input type="checkbox"/> 更新研修A 専門研修課程Ⅱ及びそれに相当する研修 | 受講年度 | _____ | 年度 |
| <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員更新研修            | 受講年度 | _____ | 年度 |
| <input type="checkbox"/> 更新研修B                    | 受講年度 | _____ | 年度 |
| <input type="checkbox"/> 再研修                      | 受講年度 | _____ | 年度 |