（様式　原-１）

令和　　　年　　月　　日

登録研修機関

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会　会長　殿

喀痰吸引等研修修了証明書　原本証明申請書

　次の事由により、喀痰吸引等研修修了証明書（※）の原本証明を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　印 |
| 勤務先 | （名称）　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号） |
| 研修実施者修了証明書発行者 | 登録研修機関一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会 | 受講年度 | 平成・令和　　　年度 |
| 修　了年月日 | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | 修了証明書番　　号 | 第　　　　　　　号 |
| 原本証明申請の理由 |  |

※　本機関で実施した喀痰吸引等研修修了者に限る

添付書類

１　研修修了証明書の写し　１部（又は必要部数）

１　返信用封筒（定型封筒に宛名記入の上、84円切手を貼付してください。）