様式第３０号（第５関係）

**介護福祉士実務者研修受講資金**

**受　講　証　明　書**

　令和　　年　　月　　日

宮城県社会福祉協議会会長　殿

養成施設の所在地　　〒

養成施設の名称

養成施設の長

公印

下記の者は、本養成施設で実施している介護福祉士実務者研修の研修者であり、かつ雇用保険法の教育訓練給付制度等を利用していないことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 受講期間 | 　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日 |
| 確認している本人の所有資格 | 該当するものに ㋹ して下さい。○　ホームヘルパー２級○　ホームヘルパー１級○　介護職員初任者研修○　介護職員基礎研修○　無資格 |