

整理番号	
------	--

名瀬徳洲会病院 介護福祉士養成実務者研修（通信課程）

科目終了認定 申請書

フリガナ	
申請者 氏名	

生年月日	年	月	日
------	---	---	---

該当するものに ○ をつけてください

	① 全科目受講（科目終了認定の申請のない方）
	② 介護職員初任者研修
	③ 生活援助従事者研修
	④ 介護に関する入門的研修
	⑤ 訪問介護員養成研修 1級課程
	⑥ 訪問介護員養成研修 2級課程
	⑦ 訪問介護員養成研修 3級課程
	⑧ 介護基礎研修
	⑨ 認知症介護実践者研修
	⑩ 喀痰吸引等研修