

(様式1)

平成 年 月 日

大分県知事 広瀬 勝貞 殿

申請者 住 所 〒

ふりがな  
氏 名 印  
生年月日 昭和 年 月 日 生  
電話番号 — —  
(日中の連絡先： )

看護師等の資格を有する者について介護職員初任者研修の  
修了認定について (申請)

私は、下記のとおり看護師等の資格及び実務経験がありますので、大分県介護職員初任者研修の修了を認定し、修了証明書を交付して下さるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 取得資格

- ・種 類 看護師 (看) ・ 准看護師 (准看) ・ 保健師 (保)  
介護職員基礎研修 (基礎) ・ 実務者研修  
訪問介護員1級 (訪1) ・ 訪問介護員2級 (訪2)
- ・取得月日 年 月 日 取得
- ・番 号 No. \_\_\_\_\_
- ・取得場所

2 実務経験

- ・種 類
- ・期 間 年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)

3 添付書類

- ・看護師等の資格認定書 (写し)
- ・実務経験に関する証明書 (様式2)
- ・雇用 (予定) 証明書 (様式3)
- ・職場研修実施証明書 (研修が必要となる者のみ) (様式4)

(様式2)

## 実務経験に関する証明書

平成 年 月 日

殿

所在地 〒

名称

代表者名

電話番号

印

以下のとおり、実務経験を有することを証明します。

記

住 所	〒
ふりがな 氏 名	
生年月日等	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
従事した 施設の名称	
従事した 施設の所在地	
従事した 業務内容	
従事した 期 間	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)
特 記 事 項	

(様式3)

## 雇 用 (予 定) 証 明 書

平成 年 月 日

殿

所在地

名 称

代表者名

印

電話番号

— —

下記のとおり、当施設において介護職員として雇用している（雇用する予定である）ことを証明します。

記

住 所	〒
ふりがな 氏 名	
生年月日等	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
雇用 (予定) 施設の名称	
雇用 (予定) 施設の所在地	
雇用 (予定) 勤務形態・職名 ・業務内容	
雇用 (予定) する期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)
特 記 事 項	

(様式4)

## 職 場 研 修 実 施 証 明 書

平成 年 月 日

殿

所在地

名称

代表者名

電話番号

印

— —

下記のとおり、当方において職場研修を実施したことを証明します。

記

1 所属名・職名・氏名

2 研修実施施設

3 研修内容

実施内容	時間数	研修講師氏名 (資格・経験年数)	実施期日
①介護における尊厳の保持・ 自立支援			
②介護の基本			
1. 介護職の役割、専門性 と多職種との連携			
2. 介護職の職業倫理			
③介護・福祉サービスの理解 と医療との連携			
1. 介護保険制度			
2. 障害者自立支援制度お よびその他制度			
合 計			