

年 月 日

神戸リハビリテーション福祉専門学校
実務者研修 係 御中

介護福祉士実務者研修 修了見込証明 発行申請書

「第35回介護福祉士国家試験」を受験致しますので、
介護福祉士実務者研修修了見込証明書の発行をお願い致します。

ID :

氏名 :

生年月日 :

講習開始日 :

電話番号（自宅） :

FAX番号 :

電話番号（携帯） :

備考

※本用紙を発送される際には、**返信用封筒（角2(240 × 332)・140円切手貼付、住所・氏名記入済み）を必ず同封**してください。

（返信用封筒は、レターパックをご使用頂いても構いません。その際も必ず返信用の住所氏名をご記入ください）