

群馬県収入証紙
貼付欄

介護員養成研修受講全科目免除申請書（介護職員初任者研修課程）

令和●年●月●日

群馬県知事 あて

（申請者）

郵便番号

〒●●●●-●●●●

所在地

群馬県前橋市大手町●●

法人名

株式会社●●

代表者職・氏名

代表取締役 ▲▲

担当者氏名

×× ××

電話番号

●●●●-●●●●-●●●●

介護職員初任者研修課程の受講について、下記の者の受講免除を申請します。

記

免除対象者	ふりがな	しかくしかく まるまる	
	氏名	■ ■ ● ●	生年月日 昭和●年●月●日
	住所	群馬県前橋市大手町××	
	保有資格	保健師・看護師 准看護師	
	登録年月日	平成●年●月●日	
指定訪問介護事業所等 名称	ヘルパーステーション ■ ■		
指定訪問介護事業所等 住所	群馬県前橋市大手町 ▲ ▲		
介護保険事業所番号	● ● ● ● ● ● ● ●		
従事開始予定日	令和●年●月●日～		

申請から、修了証を発行するまでに約2週間かかりますので、余裕をもって申請していただきますよ

※ 返信用封筒（140円分の切手を貼付し、あて先及び宛先を記入すること。なお、大きさは角型2号とする。

※ 証明書発行手数料として、群馬県収入証紙400円を添付すること。

※ 保有資格欄は看護師、准看護師、保健師のいずれかを丸で囲み、資格証明書の写しを添付すること。なお、改姓している場合は、改姓の確認ができる書類を添付のこと。

※ 登録年月日欄は、保有資格の登録年月日を記載すること。