

熊本県障害福祉分野就職支援金貸付事業
公共職業訓練又は求職者支援訓練修了証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人熊本県社会福祉協議会 会長 様

訓練実施機関：所在地
実施機関名
代表者の職氏名

公印

申請者は下記の訓練を修了又は修了予定であることを証明します。
記

申請者住所	郵便番号（ - ） 電話番号（ - - ）	
申請者氏名		
訓練実施機関	訓練名	
	取得資格	
	訓練実施機関名	
	所在地	郵便番号（ - ） 電話番号（ - - ）
	訓練実施期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
研修修了日	年 月 日	

※本資金の借入れは、公共職業訓練又は求職者支援訓練機関において、介護保険法施行規則第22条の23第1項に規定する介護職員初任者研修以上の研修を修了した者、「指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」（平成18年厚生労働省告示538号）第1条第3項に規定する居宅介護職員初任者研修、同条第4項に規定する障害者居宅介護従業者基礎研修、同条第5項に規定する重度訪問介護従業者養成研修（基礎、統合及び行動障害支援いずれかの課程と応用を受講すること。）、同条第6項に規定する同行援護従業者養成研修（基礎、応用を受講すること。）及び同条第7項に規定する行動援護従業者養成研修のいずれかを修了した者が対象となります。