

提出先: 福祉実習支援室

介護福祉士医療的ケア基本研修修了証明書 申込書

申込日: 年 月 日

申込者情報

学籍番号			
ふりがな		生年月日	(昭和・平成)
氏名	(旧姓)		年 月 日
現住所	〒 - 本籍地(都・道・府・県) ※都道府県のみ記入		
連絡先	電話番号: () - E-mail:		

証明書の種類	介護福祉士医療的ケア基本研修修了証明書		
手数料(1枚/円)	200	枚数	枚

※証明書の有効期限は、発行日より3ヶ月となります。
 ※返信用封筒には宛名を明記して必要分切手を貼付(1~2通84円切手)してください。
 ※手数料(郵便定額小為替)を同封してください。

※欄は記入不要

定額小為替 ※	受付日 ※	発送日 ※	担当者 ※
円			

処理欄 ※	
発行番号	東福大介証第 号
入学年月日	年 月 日
卒業年月日	年 月 日