様式5-3（障支）

研修受講予定証明書

年　　月　　日

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会会長　様

研修施設の所在地

電話番号

研修施設の名称

研修施設の長の職及び氏名　　㊞

下記１の者は、下記２の研修を受講予定（受講中）であることを証明します。

1	フリガナ	
	氏　　名	
	住　　所	
2	研修名 ※該当に☑	□　介護職員初任者研修 □　介護福祉士実務者研修 □　居宅介護職員初任者研修 □　障害者居宅介護従業者基礎研修 □　重度訪問介護従業者養成研修（基礎課程、又は統合課程、若しくは行動障害支援課程のうちいずれかの課程と応用を受講） □　同行援護従業者養成研修（一般課程、又は応用課程のいずれかを受講） □　行動援護従業者養成研修 □　強度行動障害支援者養成研修修了者（基礎研修及び実践研修） □　その他　【研修名：　　】
	受講開始年月日	西暦　　年　　月　　日
	受講修了（予定）年月	西暦　　年　　月