

初任者研修実習免除願

介護職員初任者研修課程の実習について免除をしていただきたく、別紙「介護業務従事証明書」を添えて願います。

社会福祉法人 小田原福社会 殿

年 月 日

(受講者番号)

(氏名)

(住所) 〒

(電話番号)
