

(参考様式)

履修中証明書

年 月 日

(難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者名) 様

主たる事務所の所在地
商号又は名称
代表者職・名
電話番号

印

下記の者は、都道府県知事の指定又は実施する_____※_____養成研修(____※____課程)を履修中であることを証明します。

受講者名		生年月日	年 月 日生
研修期間	(開講日)	年 月 日	
	(修了日)	年 月 日 (予定)	
備考			

※には履修中である研修の名称を記載すること。