

# 介護職員初任者研修修了書再発行願

依頼日:令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

岐阜県立岐阜清流高等特別支援学校長 様

所 属:\_\_\_\_\_

卒業年度:令和\_\_\_\_年度

氏 名:\_\_\_\_\_

介護職員初任者研修修了証を再発行していただきたく、お願い  
申し上げます。

1. 再発行理由:\_\_\_\_\_

2. 紛失年月日:令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

3. 備 考: 本 証 携帯用

(必要なものを○で囲む)