様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

恵那市長　様

学校名

校長名　　　　　　　　　　　　㊞

在学証明書

下記の者が、介護職員初任者研修修了日において、本校に在学していることを証明します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 研修修了年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

※　対象者が市内の高校に通う者であって、市外在住である場合に本様式を申請書に添付してください。