

## 介護員養成研修受講一部科目免除申請書

年 月 日

群馬社会福祉専門学校  
校長 鈴木賢二

あて

受講者

郵便番号・住所

ふりがな

氏 名

印

電話番号

介護職員初任者研修の受講について、下記のとおり受講の一部免除に該当するので申請します。

### 記

1 所属施設・事業所種類

---

2 所属施設・事業所名称

---

3 受講免除事由

介護業務従事経験者(介護に関する実務経験の期間が、研修開講日時点で3か月以上有り、かつ従事日数が45日以上ある者)	施設等種類( )
	施設等名称( )
	職種( )
	従事期間( 年 月 ~ 年 月( 年 か月) 従事日数( 日)

4 免除科目(実習を含む科目名を記入。なお免除対象は、当該科目のうち実習部分に限られる。)

①職務の理解(施設見学3時間分)

②こころとからだのしくみと生活支援技術(実習3時間分)

5 添付書類

- ・姓が変更になっている場合は、戸籍謄本等それを確認できる書類(写し)を添付すること。
- ・実務経験証明書(様式第6-10号)を添付すること。