

誓約書

令和 5 年 月 日

埼玉県知事指定研修実施機関
一般社団法人埼玉県介護支援専門員協会 代表理事 長谷川 佳和 様

フリガナ	(姓)	(名)									
氏 名											
生 年 月 日	昭和・平成			年			月			日	
介護支援専門 員登録番号											
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	フリガナ										
連絡先電話番号	自 宅 : - -					日中の連絡先: - -					
勤務先名称											

私は、令和 5 (2023) 年度埼玉県主任介護支援専門員研修を受講するに当たり、同封出来なかった以下の確定した証明書を、研修開始日前日までに提出することを誓約します。

* 不足する書類の該当番号に○をつけ、修了年度等を記入してください

1	平成 15～17 年度 現任研修基礎課程Ⅰまたは基礎課程Ⅱ	平成__年度修了
2	平成 18～令和 4 年度 専門研修課程Ⅰ	平成__年度修了
3	平成 18～令和 4 年度 専門研修課程Ⅱ	平成__年度修了
4	平成 18～令和 4 年度 更新研修(実務従事者)	平成__年度修了
5	その他 (就業証明書、実務経験証明書等)	不足書類名 ()

* 提出期限までに提出できない書類がある場合、まずこちらを提出してください。