

年 月 日

学校法人稚内大谷学園
理事長 吉 田 幸 麿 様

講師

受 講 証 明 書

下記のとおり、介護職員初任者研修課程の講義を受講したことを証明します。

1. 受講生
2. 日 時 月 日 () : ~ :
3. 教 科 (テキスト 巻)
4. 実習講師
5. 場 所

出席確認印



講師の勤務先で講義を行った場合の担当者確認欄

学則により、講習場所は原則稚内大谷高等学校となっておりますが、講師の勤務上やむを得ない理由のため、講師の勤務先において実施したことを確認いたしました。

稚内大谷高等学校 介護職員初任者研修課程 担当者 伊藤 優美子 印