

指導者講習修了確認申請書（不特定多数の者対象）

「東京都介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定多数の者対象）」における指導者講習の修了を確認する文書の発行をしていただきたく、下記のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日	
申請者	(フリガナ) 氏 名	()
	生年月日	年 月 日
	修了証明書番号※	
	住 所	〒 ー
	連絡先 (電話番号等)	
現在の 勤務先	事業所名	
	住 所	〒 ー
	連絡先 (電話番号等)	
申請理由		
確認書送付先	※いずれかに○を付けてください。 1. 申請者現住所（自宅） 2. 現在の勤務先	

※「修了証明書番号」欄は、不明の場合は未記入でも結構です。

00-00-000