

## 誓約書

令和4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"/> <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4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3年度 専門研修課程Ⅰ	平成__年度修了
3	平成18～令和3年度 専門研修課程Ⅱ	平成__年度修了
4	平成18～令和3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。