

記入例

令和 年 月 日

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会
会 長 三 浦 廣 巳 様

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

修了証明書の発行について（依頼）

次の研修を受講した職員について、次の理由により修了証明書の発行を申請します。

研修の名称： 平成30年度（第1回）認知症介護実践研修 _____

修了証明書を希望する理由： _____

研修修了時氏名： _____

生年月日： _____

研修修了時所属事業所： _____

研修修了時所属事業所住所： _____

研修修了年月日：平成30年8月2日 _____

担当者 _____

連絡先 _____