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：　●●年度（第●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●●年●月●日

担当者

連絡先