令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　秋田県社会福祉協議会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

受講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、受講修了証明書の発行を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修の名称 | |  |
| 受講修了証明を希望する理由  ※該当する理由に○印  　その他の場合は、（　）内に記入 | | ・勤務先施設へ受講履歴提出のため  ・研修カードの紛失のため  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修受講時 | 氏　　　　　名 |  |
| 生　年　月　日 |  |
| 所属施設・事業所名 |  |
| 所属施設・事業所住所 |  |
| 終 了 年 月 日  ※わかる場合記入 |  |

担当者

連絡先

※記入後、e-mail（kc@akitakenshakyo.or.jp）にPDF添付、またはFAX（018-864-2840）で研修担当宛てにお送りください。