

修了証明書発行願

令和 年 月 日

岐阜県健康福祉部障害福祉課長 様

(申請者)

(自署または記名押印)

下記の研修の修了証明書を発行願います。

記

研修名 (受講年度)	年
証明する 修了者の氏名	
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日
受講時の所属	
申請者住所等 (証明書送付先)	(住所) 〒 (日中連絡のつく電話番号) :
証明書を申請 する理由	

【提出先】

〒500-8570

岐阜市藪田南2-1-1

岐阜県健康福祉部障害福祉課 地域生活支援係 宛

※切手を貼った返信用封筒を同封してください。(修了証明書1枚の場合、110円)