

事務局長	係 印

福祉用具専門相談員指定講習修了証明書交付証明願

令和 年 月 日

学校法人 大阪滋慶学園 御中

住 所

氏 名

印

連絡先

私は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第4条第1項第9号に掲げる講習の課程を修了し、修了証明書の交付を受けた者であることを、下記のとおり証明願います。

記

講習修了時氏名	
講習修了時住所	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生
講 習 名	福祉用具専門相談員指定講習
講習修了日	平成 年 月 日
修了証明書番号	第 号
証明を必要とする理由	1. 亡失したため 2. 毀損により使用に耐えなくなったため

以上

※氏名、生年月日、住所を確認できる公的書類の写しを添付すること。

※研修修了時と氏名や住所が変更している場合、そのことがわかる書類を添付すること。

※修了証明書のき損により証明を希望する際には、毀損した修了証明書を添付すること。