

記入見本

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

平成29年 8月 1日

学校法人 大阪滋慶学園 御中

住 所 大阪市淀川区宮原1-2-8

氏 名 滋慶 太郎



印

連絡先 090-1000-1000 (必須)

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	滋慶 太郎
講習修了時住所	大阪市淀川区宮原1-2-8
生 年 月 日	昭和・平成 5年 4月 1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26年3月10日 (わからない場合は、空欄にしておいて下さい)
修了証明書番号	第 号 (わからない場合は、空欄にしておいて下さい)
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。