

記入見本

事務局長	係 印

養成研修修了証明書（修了証書）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

連絡先 090-1000-1000（必須）



私は、当該養成研修の課程を修了し、修了証明書（修了証書）の交付を受けた者であることを証明願います。

記

研修修了時氏名	滋慶 太郎
生 年 月 日	昭和・平成 5年 4月 1日生
研 修 事 業 名	学校法人 大阪滋慶学園 介護職員初任者研修講座
研 修 課 程	介護職員初任者研修 課程
研 修 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	大阪 第〇〇-14-71-〇〇〇号 (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。

※氏名、生年月日、住所による本人確認が困難な場合は、必要書類を提出すること。