

研修受講修了証明書交付願

令和 年 月 日

滋賀県障害者自立支援協議会 代表 様

申請者氏名 ⑩

連絡先(電話) - -

下記のとおり交付くださるようお願いいたします。

記

証明を必要とする 研 修 名		
証明を必要とする 理 由 (用 途)		
証明 対 象 者	受 講 番 号	
	氏 名	
	生 年 月 日	
送 付 先 住 所	〒 -	

※県協議会使用欄

事務局長	合議	受付