

# 研修受講修了証明書交付願

年 月 日

社会福祉法人グロー 福祉事業部 部長  
(滋賀県障害者自立支援協議会事務局長)  
大平 眞太郎

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(西暦)	
送 付 先 住 所	〒 -	

※事務局使用欄

事務局長	合議	受付