

研修受講修了証明書交付願

年 月 日

社会福祉法人グロー 総務部 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 ㊟

連絡先(電話) - -

下記のとおり交付くださるようお願いします。

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

業務支援課長	合議	受付	返信日