研修受講修了証明書の交付申請

令和　　年　　月　　日

　（公財）かがわ健康福祉機構　理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　下記の研修会についての受講修了証明書の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者 | 研修名・研修内容 | 開催年月日  時　　　間 | 講　師 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　公益財団法人　かがわ健康福祉機構

　　理事長　　　川 田　浩 司