

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