

(別添様式3)

年 月 日

佐賀県社会福祉協議会長 様

住 所：
氏 名： ⑩
生年月日： 年 月 日
連 絡 先：

研修修了証明依頼

このことについて、次の研修を修了したことを証明していただきますようお願いいたします。

1 研修名

2 研修修了年月日 年 月 日

3 証明を依頼する理由