

(別添様式3)

令和 年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合
介護職員等基礎研修事業実行委員会
会長 様

住 所 :
氏 名 :
介護支援専門員登録番号 :
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
します。

1 研修名

2 研修修了年月日 令 和 年 月 日

3 証明依頼理由