

# 受講証明書発行願

秋田県相談支援従事者初任者研修  
(サービス管理責任者研修・児童発達支援管理責任者研修)共通講義部分

年 月 日

(申請者) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_ 年 月 日

次の研修の受講証明書を発行してください。

研 修 名	秋田県相談支援従事者初任者研修 (サービス管理責任者研修・児童発達支援管理責任者研修) 共通講義部分
研修受講年度	年度
受講時の所属	
申請者住所等 (証明書送付先)	(住所) 〒  (電話番号)           —           —
証明書発行を 申請する理由	

(留意事項)

- 1 受講証明書発行願を提出する前に、電話等で受講しているかどうかの確認をしてください。(秋田県障害福祉課 TEL 018-860-1332)
- 2 申請者欄は自署又は記名押印をお願いします。
- 3 受講証明書発行願は郵送により提出してください。  
【提出先】 〒010-8570 (住所の記入は不要です)  
秋田県健康福祉部障害福祉課 地域生活支援班 あて
- 4 返信用封筒 (定形封筒に証明書の送付先住所を記入し、84円切手を貼付したもの)を同封してください。