

修了証明書発行願

<サービス管理責任者研修・児童発達支援管理責任者研修>

年 月 日

(申請者) _____

(生年月日) _____ 年 月 日

次の研修の修了証明書を発行してください。

研 修 名	秋田県サービス管理責任者研修・児童発達支援管理責任者研修 研修の分野又は種類 ()
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 修了証明書発行願を提出する前に、電話等で修了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 修了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。