令和　　年　　月　　日

長崎県社会福祉協議会事務局長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者 | 直筆でない場合は印鑑が必要です |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  |
| 連絡先  　　TEL |  |
| E-mail |  |

研修受講証明書発行依頼

標記について、次の研修を受講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．研修開催日

３．証明依頼理由

※その他、証明が必要な事項がありましたら追記ください。

|  |
| --- |
| **この様式に記入・押印のうえ、次のものを同封し郵送でご依頼ください。**  **＜同封するもの＞**  **・返信用封筒（受講証明書の送付先を記入し、必ず切手を貼付する）**  **・特定の証明様式がある場合は、当該様式** |