

研修受講に係る証明願

令和 年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団  
理事長 行松 英明 様

法人・事業所名 \_\_\_\_\_

依頼者 \_\_\_\_\_ 印

私が、当該研修を受講したことについて、下記のとおり  
証明していただきますようご依頼申し上げます。

記

受講番号	
受講者名	
法人・会社名	
事業所・施設名	
連絡先	☎ — —
研修事業名	1 サービス管理責任者等研修 2 相談支援従事者初任者研修（5日課程） 3 相談支援従事者初任者研修（2日課程） 4 相談支援従事者現任研修
証明内容	1 OFF-JT実施状況報告書 2 その他（ ）
領収証	1 要 （振込日：令和 年 月 日） （宛名： ） 2 不要
備考	

※証明書と84円切手を貼った返信用封筒と併せてご郵送ください。

以上