

令和 年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団  
養成研修修了証明書（修了証書）交付証明願

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団  
理事長 行松 英明 様

自宅住所：  
電話番号：  
氏 名： 印

私は、当該研修の課程を修了し、修了証明書の交付を受けた者であることを証明願います。

記

研修修了時氏名	
生年月日	年 月 日生
研修事業名	介護員養成研修（介護職員初任者研修課程）
コース名	OSJ介護員養成スクール 校 コース
研修修了日	年 月 日
証明内容	修了証書交付証明書
修了証明書等番号	号
証明を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 亡失したため <input type="checkbox"/> き損により使用に耐えなくなったため

※氏名、生年月日、住所を確認できる公的書類の写しを添付すること。

※研修修了時と氏名が変更している場合、そのことがわかる書類を添付すること。

※84円切手を貼り、送付先を記入した返信用封筒を同封すること。

※修了証書のき損により証明を希望する際には、き損した修了証書を添付すること。