　　年　　月　　日

佐賀県健康福祉部　長寿社会課長　様

佐賀県収入証紙貼付欄（350円分）

氏　　名：

介護支援専門員登録番号：

住　　所：

生年月日：　　　年　　月　　日

連　絡　先：

研修修了証明依頼

このことについて、（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）を修了したことを、証明していただきますようお願いします。

１　研修修了年月日　　　　　　年　　月　　日

２　修了証書番号　　第　　　　　　　　　号

３　証明依頼理由

※（　）には研修名を御記入ください。