

年 月 日

佐賀県健康福祉部  
長寿社会課地域包括ケア推進室長 様

住 所：  
氏 名：  
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、下記の理由により研修修了証書が必要なため、認知症介護実践リーダー研修を修了したことを、証明していただきますようお願いいたします。

### 記

- 1 研修修了年月日 年 月 日
- 2 修了証書番号 実践リーダー 第 号
- 3 証明依頼理由