

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、痴呆介護実務者研修（基礎課程）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 基礎 第 号
- 3 証明依頼理由