令和　　年　　月　　日

佐賀県健康福祉部長寿社会課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名：

生年月日：　　年　　月　　日

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