

研修受講修了証明書の交付申請

平成 年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 理事長 様

申請者

施設名

代表者

下記の研修会についての受講修了証明書の交付を申請します。

受講者	研修名・研修内容	開催年月日 時 間	講 師

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

公益財団法人 かがわ健康福祉機構

理事長 川田 浩司