

申請内容確認

令和 　年 　月 　日

障害者支援課

広島県相談支援従事者研修・サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修

研修修了証明願

令和　　年　　月　　日

広島県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 名前 |  | ㊞ |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日 | |
| 現住所 | （〒　　　－　　　） | |
| 電話番号 |  | |

私が受講した次の研修について、修了者名簿に記載があることを証明してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講年度 | 平成・令和　　　年度 |
| 研修名称 |  |
| 研修受講時の名前 |  |
| ※現在の名前と異なる場合のみ記入 |
| 研修受講時の住所 |  |
| ※現在の住所と異なる場合のみ記入 |

**添付書類**

* 身分証明書（運転免許証等）の写し
* 戸籍抄本　※研修受講時の名前が現在の名前と異なる場合のみ添付
* 戸籍の附票　※研修受講時の住所が現在の住所と異なる場合のみ添付
* 届け先住所を記載した返信用封筒 ２部（角２サイズ、切手各１４０円分貼付）