

修了証書の亡失・き損時の取扱い様式 1

大阪府サービス管理責任者等研修修了証書交付証明願

年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
理事長 行松 英明 様

自宅住所
氏名

印

私は、当該研修の課程を修了し、修了証書の交付を受けた者であることを証明願います。

記

研修修了時氏名	
生年月日	年 月 日生
研修事業名	
分野名	分野
研修修了日	年 月 日
修了証書番号	号
証明を必要とする理由	1 亡失したため 2 き損により使用に耐えなくなったため

※氏名、生年月日、住所を確認できる公的書類の写しを添付すること。

※研修修了時と氏名が変更している場合、そのことがわかる書類を添付すること。

※修了証書のき損により証明を希望する際には、き損した修了証書を添付すること。