

記載例

証明原頁

提出する日付を記入ください

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市長

押印ください

申請者 氏名

Ⓜ

氏名・生年月日・郵便番号・住所・
電話番号を記入してください

生年月日 昭和××年 月 日

〒 —

住所

電話番号 — —

次により研修を修了したことを証明願います。

記

- 1 修了研修名 (平成) 令和 ○○年度仙台市認知症介護実践者研修 第○回
- 2 修了年月日 (平成) 令和 ○○年○月○日

「証明願」に必要事項を記入・押印のうえ、下のあて先に送付又は持参ください。

後日「修了証明書」を郵送いたします。

※110円切手を貼った返信用封筒(A4を折りたたんで封入できるサイズ)も同封ください。

〒980-8671

仙台市役所 地域包括ケア推進課

※住所を記入する必要はありません。