

(様式)

研修受講証明書

下記研修を受講したことを証明します。

記

1. 研修名等

研修名

期 日 平成 年 月 日 ()

会 場

2. 受講者

氏 名

勤務先名

平成 年 月 日

(研修実施機関名)

印

提出先: 福島県社会福祉協議会 人材研修課 県事業担当
電話: 024-526-0045