

介護福祉士実務者研修受講証明書

受講者氏名	
生年月日	年 月 日生 (歳)
受講期間	年 月 日 ~ 年 月 日
受講講座名	
受講料	

上記のとおり受講したことを証明いたします。

平成 年 月 日

社会福祉法人三重県社会福祉協議会会長 様

養成施設

登録番号

住所

代表者

