

別紙3

令和 年 月 日

福井県健康福祉部障がい福祉課長 様

申請者 住 所

氏 名

印

福井県サービス管理責任者研修の修了証明について

私、〇〇が△△するため（主体および目的を記入してください）、標記研修を修了していることを証明願います。

記

1 氏 名 〇〇 〇〇

2 生年月日 昭和 年 月 日

3 年 度 平成 年度

4 分 野 〇〇