

修了証明書再発行願

年 月 日

鹿児島障害者職業能力開発校長 殿

科 名 _____ 科

氏 名 _____ 印

現住所 _____

電話番号 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

入校年月日 平成 年 月 日

下記の理由により、証明書の再発行をお願いいたします。

記

1 理 由

2 種 類

訪問介護員修了証明書

介護職員初任者研修修了証明書

※いずれかに○をつけて下さい