

## 実務者研修受講予定証明書

年 月 日

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会会長 様

実務者研修施設の所在地

電話番号

実務者研修施設の名称

実務者研修施設の長の職及び氏名

⑩

下記の者は、実務者研修を受講予定（受講中）であることを証明します。

フリガナ	
氏 名	
住 所	
受講開始年月日	年 月 日
受講修了（予定）年月	年 月