

修了証明書発行願

(医療的ケア児等コーディネーター養成研修関係)

年 月 日

(申請者)

(自署又は記名)

下記の研修の修了証明書を発行してください。

記

| | |
|--------------------|-----------------------------|
| 研 修 名 | 医療的ケア児等コーディネーター養成研修 |
| 修了年月 | 平成・令和 年 月 |
| 推薦市町村 | |
| 受講時の所属 | |
| 申請者住所等 (証明書送付先) | (住所) 〒 (日中連絡のつく電話番号) |
| 修了証書を 紛失した状況 | |
| 修了証明書を 申請する理由 | |

【提出先】

〒460-8501 (住所の記入は不要です。)

愛知県福祉局福祉部障害福祉課 医療療育支援室 重症心身障害児者支援グループあて

(注意)

- 1 修了証明書発行願を提出する前に、電話等で修了しているかどうかの確認をしてください。
- 2 修了証明書発行願は、郵送してください。また、封筒には「修了証明書発行願在中」と記入してください。
- 3 送付先住所を記入し、返信に必要な料金分の切手を貼付した返信用封筒を同封してください。