

【全身性ガイドヘルパー用】

(様式1)

養成研修修了証明書（修了証書）交付証明願

年 月 日

大阪府知事 様

現在の住所

現在の氏名

印

(電話番号

)

私は、当該養成研修の課程を修了し、修了証明書（修了証書）の交付を受けた者であることを証明願います。

記

| | |
|------------|---------------------------------|
| 研修修了時の氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日生 |
| 研修事業名 | 外出介護従業者養成研修 |
| 課程名 | 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程 |
| 研修修了日 | 年 月 日 ・ 不明 ・ 平成 年ぐらい |
| 修了証明書等番号 | 大阪 第〔 〕号 ・ 不明 |
| 証明を必要とする理由 | 1 亡失したため 2 き損により使用に耐えなくなったため |

※氏名、生年月日、住所を確認できる公的書類の写しを添付すること。

※研修修了以降に氏名を変更している場合、そのことがわかる書類を添付すること。

※修了証明書等のき損により証明を希望する際には、き損した修了証明書を添付すること。

※氏名、生年月日、住所による本人確認が困難な場合は、大阪府の求めにより、必要書類を提出すること。