**（別添様式３）**

令和　　　年　　月　　日

鳥栖地区広域市町村圏組合

介護職員等基礎研修事業実行委員会

会長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名：

介護支援専門員登録番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：

研修修了証明依頼

　このことについて、次の研修を修了したことを証明していただきますようお願いします。

　　　１　研修名

　　　２　研修修了年月日 　令和　年　月　日

３　証明依頼理由