

【 修了証明書の紛失について 】

令和 年 月 日

一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会 会長 殿

氏名 _____

登録番号	
ふりがな	
受講者氏名	
住 所	
T E L	
F A X	
修了している研修名	※不明な場合は、宮崎県長寿介護課 医療・介護連携推進室（TEL0985-44-2605）に確認し記入してください
修了年月日	※不明な場合は、宮崎県長寿介護課 医療・介護連携推進室（TEL0985-44-2605）に確認し記入してください
理 由	
処理内容 (※事務局記載)	

* 太枠内の必要事項について、御記入の上、提出してください。