

令和 年 月 日

公益社団法人青森県介護支援専門員協会
会長 齊藤 勝 殿

〒
住 所

氏 名 印

生年月日 年 月 日

連 絡 先

専門員証登録番号

証 明 願

下記のとおり証明書を交付願います。

記

1. 証明事項

_____ 修了の証明

修了証明書交付年月日 年 月 日

2. 証明交付件数

1 件

留 意 事 項

(必要なもの)

1 証明願用紙

証明書は、証明願1通につき1枚となります。

2 証明書発行手数料 450円

支払方法

① 下記口座への振り込み

振込先	青森銀行 本店 普通預金
口座番号	3084082
口座名	公益社団法人青森県介護支援専門員協会 会長 齊藤 勝

② 下記あて現金書留

〒030-0801 青森市新町2丁目8-21 青森県医師会館6階 公益社団法人青森県介護支援専門員協会

3 返信用定形封筒

宛先を明記し、84円切手を貼ってください。お急ぎの場合は、速達料金290円を追加し、合計374円分の切手を貼ってください。

(注意事項)

- 1 証明願用紙は、記載漏れのないようご注意ください。
- 2 住所、氏名は現在のものを記入してください。
- 3 修了年月日が不明の場合は、その欄は記入せずに、資格取得年、研修会場等参考となる事項を記入したメモ等を添付してください。
- 4 証明書発行手数料の入金が確認でき次第、証明書を郵送します。

書類送付先・問い合わせ先

〒030-0801 青森市新町2丁目8-21 青森県医師会館6階 公益社団法人青森県介護支援専門員協会事務局 TEL : 017-721-3731 FAX : 017-721-3732
--