令和　　年　　月　　日

奈良県福祉医療部

長寿・福祉人材確保対策課長　殿

申 請 者 住 所

申 請 者 名

証　明　願（正）

下記のとおり証明を依頼します。

記

【証明を依頼する事項】

　上記のとおり相違ないことを証明します。

　令和　　年　　月　　日

　奈良県福祉医療部長寿・福祉人材確保対策課長

奈良県証紙

500円分

※注意事項 （１）正副２部提出してください。副本をお返しします。

（２）証明が必要な事項を記入してください。

（３）正本に、奈良県証紙を５００円分貼付してください。

令和　　年　　月　　日

奈良県福祉医療部

長寿・福祉人材確保対策課長　殿

申 請 者 住 所

申 請 者 名

証　明　願（副）

下記のとおり証明を依頼します。

記

【証明を依頼する事項】

　上記のとおり相違ないことを証明します。

　令和　　年　　月　　日

　奈良県福祉医療部長寿・福祉人材確保対策課長

※注意事項 （１）正副２部提出してください。副本をお返しします。

（２）証明が必要な事項を記入してください。

（３）正本に、奈良県証紙を５００円分貼付してください。

**記　載　例**

令和　　年　　月　　日

奈良県福祉医療部

長寿・福祉人材確保対策課長　殿

申 請 者 住 所　　奈良県奈良市登大路町30番地

申 請 者 名　　奈良　太郎

証　明　願（正）

下記のとおり証明を依頼します。

記

【証明を依頼する事項】

H29年度喀痰吸引研修（第一号・第二号研修）奈良県指導者養成講習を修了している。

　上記のとおり相違ないことを証明します。

　令和　　年　　月　　日

　奈良県福祉医療部長寿・福祉人材確保対策課長

奈良県証紙

500円分

※注意事項 （１）正副２部提出してください。副本をお返しします。

（２）証明が必要な事項を記入してください。

（３）正本に、奈良県証紙を５００円分貼付してください。