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　　　木村　隆次　　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

1. 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　木村　隆次**

1. 下記あて現金書留

**〒０３０－０８０１**

**青森市新町２丁目１－８　ＡＭＣ新町ビル４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１－８　ＡＭＣ新町ビル４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