

豊中市生活支援サービス従事者研修受講証明書

受講者番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

上記の者が豊中市生活支援サービス従事者研修の全課程（修了評価を除く）を受講したことを証明します。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所の所在地：

名 称：

代表者の職・氏名：