

様式第 4 号

年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

鹿児島障害者職業センター所長 殿

法人の名称

法人の所在地 〒

代表者氏名

印

研修修了証明書の発行の申請について

下記の者について、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構地域障害者職業センターが実施する「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準に基づき厚生労働大臣が定める研修」（平成 21 年厚生労働省告示第 178 号）の修了証明書の発行を申請します。

① 氏 名		
② 生 年 月 日		
③ 研 修 修 了 年 度		
④ 施設の名称(就業支援基礎研修受講時在籍施設)		
⑤ 問 い 合 わ せ 先	住 所	〒
	電 話	
	F A X	
	担当者	
⑥ 証 明 書 の 送 付 先	住 所	〒
	電 話	

(注) ④の問い合わせ先と⑤の証明書の送付先が同一の場合は、④の問い合わせ先欄のみを記入してください。