

年 月 日

中央福祉学院長 殿

福祉施設長専門講座
受講要件証明書

下記により、受講要件を証明いたしますので、受講申込を
いたします。

記

1. 受講申込者氏名 _____

2. 受講者役職 _____

3. 受講者の業務内容等

・施設長と同等の業務を2年以上担当している。 _____

・施設長資格認定講習課程（ _____ 年度）修了 _____

・施設長就任予定 _____ 年 _____

・その他（ _____ ） _____

法人名（施設名） _____

法人代表者氏名・役職名 _____

（公印）