

年 月 日

香川県知事 殿

年度 香川県子育て支援員研修一部科目修了証書交付申請書

私は、下記のとおり 年度香川県子育て支援員研修（基本研修・専門研修）の一部の科目を修了しましたので、修了証書を交付をしてくださるよう申請します。

記

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
性別	男 ・ 女
〒	〒 -
住所	
電話番号	- -
受講年月日	
受講番号	
受講コース	

※本人確認書類（免許証・健康保険証等）の写しと、120円切手を貼った角2封筒を同封してください。

（送付先）

〒760-8570 香川県高松市番町四丁目1番10号

香川県健康福祉部こども政策推進局子ども政策課 少子化対策グループ 宛て

電話（直通）：087-832-3287 担当：谷本