

在 学 証 明 書

群馬県社会福祉協議会長 あて

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、本養成施設に次のとおり在学していたことを証明します。

入学年月日	年 月 日
卒業年月日	年 月 日

年 月 日

養成施設の名称

養成施設の長

印