令和　　年　　月　　日

　市町村職員中央研修所

　学　長　様

公印

○○長　○○　○○

受講証明書の発行について（依頼）

　下記の研修につきまして、受講証明書の発行をお願いいたします。

記

研修科目名

研修期間 令和　　年　　月　　日（　）～　　月　　日（　）

受講者名

依頼理由

担当課

担当者職氏名

電話

Fax