市民後見人養成研修修了証明願

　　年　　月　　日

社会福祉法人千葉市社会福祉協議会会長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　年　　月　　日 |

私が、貴会の実施した市民後見人養成研修（第　　期）を修了したことを証明くださいますようお願いいたします。