

受講修了証

受講者名	
研修名称	コンピテンシー向上 研修
研修時間数	10時間
研修日・時間	
研修場所	伊ヶ崎社会保険労務士事務所ホームページ内 ■継続教育訓練

上記の者について、研修の受講を修了したことを証明します。

年 月 日

講師：所在地 山口県下関市形山みどり町 14-27-210
事務所名 伊ヶ崎社会保険労務士事務所
社会保険労務士 伊ヶ崎 伸彦