

検定試験合格証明書交付願

_____種
合格認証番号_____号

会 社 名 _____

送 付 先 ※いずれかに“○”を入れて下さい。(自宅・会社)

〒 _____

住 所 _____

日中の連絡先【TEL】 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今般_____のためメンタルヘルス・マネジメント検定試験
(団体特別試験)の合格証明書を御交付下さいますよう申請致します。

発行手数料(1通につき¥1,230)については、

_____月_____日に_____銀行に振込(済 ・ 予定)です。

_____年_____月_____日

氏 名 _____ (印)

大 阪 商 工 会 議 所 御 中