

検定試験合格証明書交付願

第_____回_____種

合格認証番号_____号

(〒 _____)

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
(公開試験)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 _____ ㊟

大阪商工会議所 御中