

(様式第5号)

厚 第 号
年 月 日

<法人名>

<法人代表者職・氏名> 様

石川県健康福祉部長
(公印省略)

認定更新通知(「いしかわ魅力ある福祉職場」認定制度)

標記について、貴法人の認定を更新しましたので通知します。

記

- | | | |
|-----------|-----|-------|
| 1 認 定 番 号 | 年度第 | 号 |
| 2 認定更新年月日 | 年 | 月 日 |
| 3 認定の有効期間 | 年 | 月 日まで |