**様式９**

**受講修了証**

**○○　○○　殿**

**あなたは，姶良・伊佐地区ＣＫＤ予防ネットワーク腎臓診療医専門セミナーの受講を修了されました。**

**平成　　年　　月　　日**

**湧水町長　　　印**