**様式９**

**受講修了証**

**○○　○○　殿**

**あなたは，さつま町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。**

**令和　　年　　月　　日**

**さつま町長　日髙 政勝　印**