

様式

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 第 号 |
| 修 了 証 書 |
| 氏 名 年 月 日生 |
| あなたは、厚生労働省の定めるところにより当該研修事業者が福岡県知事の指定を受けて行う強度行動障がい支援者養成研修（基礎研修／実践研修）を修了したことを証明します。 |
| 年 月 日 実施主体及び代表者名 印 |

様式

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 第 号 |
| 修了証書（携帯用） |
| 氏 名 年 月 日生 |
| あなたは、厚生労働省の定めるところにより当該研修事業者が福岡県知事の指定を受けて行う強度行動障がい支援者養成研修（基礎研修／実践研修）を修了したことを証明します。 |
| 年 月 日 実施主体及び代表者名 印 |

- (注) 1 大きさ指定なし。携帯用のものは、携帯にふさわしい大きさとする事。
2 不必要な事項の記載は行わないこと。
3 破損、亡失等による修了証明書の再発行の場合には、修了証明書の裏面に次のように記載すること。

| |
|--------------------------------|
| 年 月 日 亡失のため再発行 実施主体及び代表者名 印 |
|--------------------------------|