

様式

第 号
修 了 証 明 書
氏 名 年 月 日生
指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの (平成18年9月29日厚生労働省告示第538号)に規定する行動援 護従業者養成研修課程を修了したことを証明する。
年 月 日
実施主体及び代表者名 印

第 号
修了証明書（携帯用）
氏 名 年 月 日生
指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの(平成18年 9月29日厚生労働省告示第538号)に規定する行動援護従業者養成研修課程を 修了したことを証明する。
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こと。  
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
--------------------------------