様式第９号の３

福岡県同行援護従業者養成研修修了者名簿

事業者名		研修課程	

修了証明書番号	氏　　名	フリガナ	生年月日	郵便番号	住　　所	修了年月日	備　考

※ 注１　研修別に別様とすること。
　　２　「修了年月日」は修了証明書の日付と一致すること。