（別記第１０号様式）

|  |
| --- |
| 第　　　　　号  修了証明書  氏　　名  生年月日　　　　　　年　　月　　日  　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）に規定する研修の行動援護従業者養成研修課程を修了したことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　熊本県指定行動援護従業者養成研修事業者  研修事業者名　　　印 |