（別紙１）

第　　　　　　号

**修　了　証　書**

**氏　　名**

**生年月日**

**あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該研修事業**

**者が熊本県知事の指定を受けて行う　　　　年度　強度行動**

**障害支援者養成研修（基礎研修）を修了したことを証します。**

**年　　月　　日**

**（指定された事業者名）**

**代表　○　○　○　○**

（別紙２）

第　　　　　　号

**修　了　証　書**

**氏　　名**

**生年月日**

**あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該研修事業**

**者が熊本県知事の指定を受けて行う　　　　年度　強度行動**

**障害支援者養成研修（実践研修）を修了したことを証します。**

**年　　月　　日**

**（指定された事業者名）**

**代表　○　○　○　○**