（別紙２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　号

修　　了　　証　　明　　書

氏　　名

生年月日

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）に規定する同行援護従業者養成研修の○○課程を修了したことを証明する。

平成　　　年　　　月　　　　日

熊本県指定同行援護従業者養成研修事業者

　　　　　　　　　　　　代　表　○　○　○　○

|  |
| --- |
| 第　　　　　号　**修了証明書（携帯用）**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）に規定する同行援護従業者養成研修の○○課程を修了したことを証明します。　　　　　　年　　月　　日熊本県指定同行援護従業者養成研修事業者研修事業者名　　　印　 |

（別紙２－２）