別記第２号様式

|  |
| --- |
| 東障　　００００－００－００００  **修了証明書（携帯用）**    修了者氏名  生年月日　　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  する研修の　　　　　　　　　　課程を修了したことを証明する。  修了年月日    　　　　　　　　　　　　　実施主体名  　　　　　　　　　　　　　代表者（役職及び氏名） |