

| | | | |
|------------------------|--|--------------|----|
| 福島第（西暦下 2 桁） 一 事業者指定番号 | | 一（事業者が任意に付番） | |
| 修了証明書 | | | |
| 氏名 | | 年 | 月 |
| | | 日 | 生 |
| (別記) を修了したことを証明する。 | | | |
| 年 | | 月 | 日 |
| 介護員養成研修事業者名 | | | |
| 代表者 | | 職 | 氏名 |
| | | 印 | |

上記の修了証明書のサイズは、日本工業規格 A 4 版（洋紙）以上の規格とすること。

【携帯用】

- 別記
- ・ 介護職員初任者研修
 - ・ 生活援助従事者研修
- 上記いずれかを記載
- ※ レイアウトは縦横問わない。
 - ※ 代表者の印は私印ではなく公印とすること。

| | | | |
|------------------------|--|--------------|----|
| 福島第（西暦下 2 桁） 一 事業者指定番号 | | 一（事業者が任意に付番） | |
| 修了証明書（携帯用） | | | |
| 氏名 | | 年 | 月 |
| | | 日 | |
| (別記) を修了したことを証明する | | | |
| 年 | | 月 | 日 |
| 介護員養成研修事業者名 | | | |
| 代表者 | | 職 | 氏名 |
| | | 印 | |