（別紙２）

第　　　　号

修　　了　　証　　書

氏　　名

生年月日

あなたは、こども家庭庁及び厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が宮城県知事の指定を受けて行う相談支援従事者○○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　○　○　○　○

※　次に現任研修を修了すべき期日を記載すること。