

修了証書

氏名

生年月日 年 月 日生

あなたは、厚生労働大臣の定めるところにより当該研修事業所が  
宮城県知事の指定を受けて行う〇〇を修了したことを証します

年 月 日

（指定研修事業者名）

代表 〇〇 〇〇

※〇〇には、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）、強度行動障害支援者養成研修（実践研修）のいずれかを記載する。