

修了証明書（携帯用）

氏 名

生年月日 年 月 日 生

指定居宅介護等のサービス提供に当たる者として宮城県居宅介護従業者養成研修事業実施要綱（令和元年7月1日施行）に基づく研修の〇〇を修了したことを証明する

年 月 日

宮 城 県 知 事

（指定研修事業者名）

※〇〇には、居宅介護職員初任者研修課程，障害者居宅介護従業者基礎研修課程，重度訪問介護従業者養成研修基礎課程，重度訪問介護従業者養成研修追加課程，重度訪問介護従業者養成研修統合課程，重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程，同行援護従業者養成研修一般課程，同行援護従業者養成研修応用課程，全身性障害者移動介護従業者養成研修課程，行動援護従業者養成研修課程のいずれかを記載する。

※縦9.1cm×横5.5cmとする。