第６号様式（第９条関係）

第　　　　　号

修　了　証　書

　氏　　名

　生年月日

　あなたは，厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が鹿児島県知事の指定を受けて行う重度訪問介護従業者養成研修の○○課程を修了したことを証します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　指定研修事業者名

　　　　　　　　　　代表者職・氏名○○○○　　印