第７号様式（第９条関係）

|  |
| --- |
| 修了証明書（携帯用）  第　　　　号  氏　　名  生年月日　　　　　年　　月　　日  　上記の者は、厚生労働省の定める重度訪問介護従業者養成研修○○課程として鹿児島県知事が指定した研修を修了したことを証します。  　　　年　　月　　日  　　指定研修事業者 研修実施機関の長　印 |

備考：用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列７とする。