別紙３

同行援護従業者養成研修修了者名簿

事業者名		研修課程		修了人数	

修了証明書番号	氏　　名	フリガナ	生年月日	郵便番号	住所 電話番号	修了年月日	研修受講時の 所属事業所名 サービス種別 所在地及び電話番号

※　注１　　**課程別に別様とすること。**
※　注2　　「修了年月日」は修了証明書の日付と一致すること。