

大阪第	号
修了証明書	
氏 名	
生年月日	年 月 日
指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成18年9月29日厚生労働省告示第538号）に規定する研修の別____記を修了したことを証明する。	
年 月 日	
指定番号_____（大阪府指令 第 号）	
（研修事業者名）	
（代表者職・名）	印

※ 別____記には、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及び重度訪問介護従業者養成研修行動障がい支援課程の別を記載すること。

大阪第	号
修了証明書(携帯用)	
氏 名	
生年月日	年 月 日
指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成18年9月29日厚生労働省告示第538号）に規定する研修の別____記を修了したことを証明する。	
年 月 日	
指定番号_____（大阪府指令 第 号）	
（研修事業者名）	
（代表者職・名）	印

※ 別____記には、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及び重度訪問介護従業者養成研修行動障がい支援課程の別を記載すること。