

別記様式（第12条関係）

（全身性障がい課程）

大阪第	号
修了証明書	
氏 名	
生年月日 年 月 日	
<p>大阪府移動支援従業者養成研修実施要綱に定める大阪府移動支援従業者養成研修（全身性障がい課程）を修了したことを証明する。</p> <p>なお、この研修は、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）第1条第20号に掲げる研修の全身性障害者外出介護従業者養成研修課程に相当する研修課程である。</p>	
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	

（知的障がい課程）

大阪第	号
修了証明書	
氏 名	
生年月日 年 月 日	
<p>大阪府移動支援従業者養成研修実施要綱に定める大阪府移動支援従業者養成研修（知的障がい課程）を修了したことを証明する。</p> <p>なお、この研修は、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）第1条第20号に掲げる研修の知的障害者外出介護従業者養成研修課程に相当する研修課程である。</p>	
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	

(精神障がい課程)

大阪第 号

修了証明書

氏 名
生年月日 年 月 日

大阪府移動支援従業者養成研修実施要綱に定める大阪府移動支援従業者養成研修（精神障がい課程）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