|  |
| --- |
| 第 　　　号  **修了証明書（携帯用）**  　　 氏　　名  　　 生年月日　　　年　　月　　日生  介護保険法施行令（ 平成十年政令第四百  十二号） 第三条第一項第一号ロに掲げる研修の介護職員初任者研修を修了したことを証明する。  年　　　月　　　日  　介護職員初任者研修事業者名　　印  年　　月　　日    介護職員初任者研修事業者名　印 |

（例）名刺サイズ

９㎝×５．５㎝

様式第６-１