様式第８号（第９－（１）関係）

第　　　　　　　号

　　　　修　了　証　明　書

　　　　　　　　　　　　氏　　　　名

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生

　　　介護職員初任者研修課程（又は生活援助従事者

研修課程）を修了したことを証明する。

　　　　　　年　　月　　日

　　実施主体名

　　　　　代表者（役職、氏名及び代表者印）

（注）縦書き、横書きのいずれでもよい。