様式第５号（第19条関係）

　第　　　　　号

修　了　証　明　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　年　　月　　日生

介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第３条第１項第１号ロ

に掲げる研修の介護職員初任者研修課程（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

研修指定事業者名

代表者名　　　　　　　印

（役職・氏名及び代表者印）

注）課程は、介護職員初任者研修課程か生活援助従事者研修課程かのいずれかを記載すること。

様式第５－２号

注）課程は、介護職員初任者研修課程か生活援助従事者研修課程かのいずれかを記載すること。

　　　第　　　号

修　了　証　明　書（携帯用）

氏　　名

　　　　　　　　　　　 　　　　　　年　　月　日生

介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第３条第１項第１号ロ

に掲げる研修の介護職員初任者研修課程（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

研修指定事業者名

代表者名　　　　　　　印

(役職・氏名及び代表者印)