第　　　 号

修 了 証 明 書

氏 名

生年月日 （年号） 年　 月 　日

あなたは、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和６２年法律第３０号）附則　　　第１１条第２項の規定による喀痰吸引等研修において、（利用者）氏に対して　　（実地研修で行った医行為の種類）を実施するための研修の全課程を修了した　ことを証します。

　 年　 月 　日

千葉県登録番号　　　第　　　　　　号

登録研修機関名　　　○○

　 代表者職・氏名　　　　　　　　　○○　㊞