

修了証明書

氏名

生年月日 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、 氏に対して
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

印