

(様式2)

「認知症介護基礎研修」修了証明願

研 修 名	年度 認知症介護基礎研修		
氏 名			
生 年 月 日		電 話 番 号	— — (昼間連絡が取れる番号)
<p>上記内容のとおり相違ないことを証明願います。</p> <p>年 月 日</p> <p>滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長 様</p> <p>(〒 —)</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p>			

<p>あなたは、年度 認知症介護基礎研修を修了したことを証明します。</p> <p>修了年月日： _____ 修了証番号： _____</p> <p>年 月 日</p> <p>滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長</p>
--