

(様式2)

「認知症対応型サービス事業管理者研修」修了証明願

研 修 名	年度 認知症対応型サービス事業管理者研修		
氏 名			
生 年 月 日		電 話 番 号	— — (昼間連絡が取れる番号)
上記内容のとおり相違ないことを証明願います。 年 月 日 滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長 様 (〒 —) 住 所 _____ 氏 名 _____			

あなたは、	年度	認知症対応型サービス事業管理者研修	を修了したことを証明します。
修了年月日：	_____	修了証番号：	_____
	年 月 日		
			滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長