

(様式2)

「認知症介護実践リーダーフォローアップ研修」修了証明願

| | | | |
|---|-------------------------|---------|---------------------|
| 研 修 名 | 年度 認知症介護実践リーダーフォローアップ研修 | | |
| 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 | 認知症介護実践リーダーフォローアップ研修 | 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 | | | |