

## 「痴呆介護実務者研修」修了証明願

研 修 名	年度 痴呆介護実務者研修 ( 基礎課程・専門課程 )		
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	痴呆介護実務者研修 ( 基礎課程・専門課程 )	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			