様式第６号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 第　　　　　　　号  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項で規定する喀痰吸引等研修の全課程を修了したことを証します。    　　　修了した喀痰吸引等研修の課程　省令別表第○号研修  　　　　　年　　月　　日  登録研修機関登録番号○○○○○○○  登録研修機関の名称  代表者名　○○ ○○　印 |