様式１（介護職員初任者研修課程関係）

|  |
| --- |
| 山梨○○―　　　　号修了証明書氏　　名生年月日介護職員初任者研修課程を修了したことを証明する。あ　　　　年　　月　　日研修事業者名代表者職・氏名　　　　　印 |

（注意事項）

１　大きさはA4判もしくはB5判とすること。

２　上記と同一の文面で作成すること。縦書き・横書きは任意です。

３　右上の番号は修了証明書番号とし、「○○」部分は事業者指定番号とすること。

様式１（生活援助従事者研修課程関係）

|  |
| --- |
| 山梨○○―　　　　号修了証明書氏　　名生年月日生活援助従事者研修課程を修了したことを証明する。　　　　 年　　月　　日研修事業者名代表者職・氏名　　　　　印 |

（注意事項）

１　大きさはA4判もしくはB5判とすること。

２　上記と同一の文面で作成すること。縦書き・横書きは任意です。

３　右上の番号は修了証明書番号とし、「○○」部分は事業者指定番号とすること。

様式１－２（介護職員初任者研修課程関係）

山梨○○―　　　　号

修了証明書（携帯用）

氏　　名

生年月日

介護職員初任者研修課程を修了したことを証明する。

あ　　　　年　　月　　日

研修事業者名

代表者職・氏名　　　　　印

（注意事項）

　１　大きさは携帯用に相応しいものとすること。

２　上記と同一の文面で作成すること。縦書き・横書きは任意です。

３　右上の番号は修了証明書番号とし、「○○」部分は事業者指定番号とすること。

様式１－２（生活援助従事者研修課程関係）

山梨○○―　　　　号

修了証明書（携帯用）

氏　　名

生年月日

生活援助従事者研修課程を修了したことを証明する。

　　 年　　月　　日

研修事業者名

代表者職・氏名　　　　　印

（注意事項）

　１　大きさは携帯用に相応しいものとすること。

２　上記と同一の文面で作成すること。縦書き・横書きは任意です。

３　右上の番号は修了証明書番号とし、「○○」部分は事業者指定番号とすること。