

修了証書

氏 名

生 年 月 日

あなたは、年度愛媛県障がい者相談支援従事者(研修の名称)研修を修了したことを証します。

年 月 日

愛媛県知事

印

受 講 証 明 書

氏 名

生 年 月 日

あなたは、年度愛媛県障がい者相談支援従事
者初任者研修に伴う

2 日 過 程

を受講したことを証します。

年 月 日

愛媛県知事

印

修了証書

氏 名

生 年 月 日

あなたは、(研修事業者)が愛媛県知事の指定を受けて行う 年度愛媛県障がい者相談支援従事者(研修の名称)研修を修了したことを証します。

年 月 日

(指定研修事業者名)

代表者

印

受講証明書

氏 名

生 年 月 日

あなたは、(研修事業者)が愛媛県知事の指定を受けて行う 年度愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修に伴う

2 日 過 程

を受講したことを証します。

年 月 日

(指定研修事業者名)

代表者

印