

修 了 証 書

氏 名
生年月日

あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該
研修事業者が愛媛県知事の指定を受けて行うサー
ビス管理責任者〇〇研修を修了したことを証しま
す。

年 月 日
(次期更新研修修了期限：
年 月 日)

(指定された事業者名)
代表 〇 〇 〇 〇

注 サービス管理責任者基礎研修の修了者に交付する場合は、次期更新研修修了期限
に係る記載は抹消すること。

修了証書

氏名
生年月日

あなたは、こども家庭庁が定めるところにより当該研修事業者が愛媛県知事の指定を受けて行う児童発達支援管理責任者〇〇研修を修了したことを証します。

年 月 日
(次期更新研修修了期限：
年 月 日)

(指定された事業者名)
代表 ○ ○ ○ ○

注 児童発達支援管理責任者基礎研修の修了者に交付する場合は、次期更新研修修了期限に係る記載は抹消すること。