研　修　修　了　証

　　氏　　名

　　修了年月日　　　　年　　　　月　　　　日

あなたは、相模原市生活支援訪問型サービス等の従業者研修の実施に関する要綱に定める研修を修了したことを証します。

研修名：　訪問型サービス研修

　通所型サービス研修

　平成　　年　　月　　日

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　印