（様式４）

第（実施機関番号）－（連番）号

修了証書

氏　　名

生年月日　　　年　　　月　　　日

　あなたは、当該法人が名古屋市長の指定を受けて

行う厚生労働省の定める　　認知症介護基礎研修

　　　　　　　　　　　　　認知症介護実践研修

　　　　　　　　　　　　　　　　（実践者研修）

　　　　　　　　　　　　　認知症介護実践研修

　　　　　　　　　　　　　（実践リーダー研修）

を修了したことを証します。

　　年　　月　　日

　　　　（実施機関名）

　　　　（代表者職・氏名）