（参考様式）

第　　　号

**研修修了証**

氏　　名

生年月日　　　　　年　　　月　　　日生

あなたは、美濃加茂市介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスＡに従事するために必要な研修を修了したことを証します。

年　　　月　　　日

法　人　名

代表者名　　　　　　　　　　　　　 ㊞