様式第１号

 　　　　　　　　　　　　 **（日本工業規格Ａ４）**

|  |
| --- |
|  　　　　　　　　　　　　　　第（事業者番号）─（修了者管理番号）号**修　了　証　明　書**氏　　名生年月日　　　　年　　月　　日生 　　　　　　　　介護保険法施行令（平成１０年政令第４１２号）第３条第１項第１号ロに掲げる研修の介護職員初任者研修課程を修了したことを証明する。ただし、従事開始に際しては、雇用する事業所において、有資格者との同行訪問などを通じたＯＪＴ等の実施を要するものとする。　　年　　月　　日 　　　　　　　　　　研修事業者名 　　　　　　　　　　代表者職・氏名 　　　 印 |

様式第２号

|  |
| --- |
|  　　　　　　　　　　　第（事業者番号）─（修了者管理番号）号**修 了 証 明 書（携帯用）**氏　　名生年月日　　年　　月　　日生介護保険法施行令（平成１０年政令第４１２号）第３条第１項第１号ロに掲げる研修の介護職員初任者研修課程を修了したことを証明する。ただし、従事開始に際しては、雇用する事業所において、有資格者との同行訪問などを通じたＯＪＴ等の実施を要するものとする。　　年　　月　　日研修事業者名　　　代表者職・氏名 　　　 印 |