様式第６号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 第　　　　　　　号修　了　証　明　書氏　　名　　　　　　　　　生年月日　　　年　　月　　日　　あなたは、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第11条第２項で規定する喀痰吸引等研修の全課程を修了したことを証します。　　　　　修了した喀痰吸引等研修の課程　省令別表第○号研修　　　　　年　　月　　日登録研修機関登録番号○○○○○○○登録研修機関の名称　　　代表者名　○○ ○○　印　 |