

別添 3 - 1

第 号

修 了 証 明 書

氏 名
生年月日 (年号) 年 月 日

あなたは秋田県が開催した、平成 年度介護職員等によるたん吸引等研修事業（不特定多数の者対象）の全課程を修了したことを証します。

修了した研修の種別：社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第 4 条に定める
第一号研修 / 第二号研修

平成 年 月 日

秋田県知事 印

別添 3 - 2

第 号

修 了 証 明 書

氏 名
生年月日 (年号) 年 月 日

あなたは秋田県の委託を受けて〇〇〇〇が開催した、平成 年度介護職員等によるたん吸引等研修事業（不特定多数の者対象）の全課程を修了したことを証します。

修了した研修の種別：社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第 4 条に定める
第一号研修 / 第二号研修

平成 年 月 日

受託者の名称

代表者名 〇〇 〇〇 印