

(様式12の1)(認知症介護基礎研修修了証書)

第 - 号

# 修了証書

氏名

生年月日

年 月 日

あなたは、当該法人が三重県知事の  
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を修了したことを証  
します。

年 月 日

(指定法人名)

印

(様式12の2)(認知症介護実践研修(実践者研修)修了証書)

第 - 号

# 修了証書

氏名

生年月日

年 月 日

あなたは、当該法人が三重県知事の  
指定を受けて行う厚生労働省の定める  
認知症介護実践研修(実践者研修)を修了  
したことを証します。

年 月 日

(指定法人名)

印

(様式12の3)(認知症介護実践研修(実践リーダー研修)修了証書)

第 - 号

# 修了証書

氏名

生年月日

年 月 日

あなたは、当該法人が三重県知事の  
指定を受けて行う厚生労働省の定める  
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

(指定法人名)

印