（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