（別紙３）

第　　　　号

修　　了　　証　　書

氏　　名

生年月日

あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該研

修事業者が宮城県知事の指定を受けて行うサービス管

理責任者○○研修を修了したことを証します。

年　　月　　日

（指定された事業者名）

　　　　　　　　代表　○　○　○　○

※　実践研修又は更新研修の修了者に交付する場合、更新研修を修了すべき期日を記載すること。

※　相談支援従事者初任者研修（講義部分）を含む基礎研修の修了者に交付する場合、相談支援従事者初任者研修（講義部分）も併せて修了している旨を記載すること。