別添様式７（参考例）

|  |
| --- |
| 第 ― 　号  　　　　　修了証明書  　　　　　　　　　　　　氏　　　　名  年　月　日 生  指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成十八年九月二十九日厚生労働省告示第五百三十八号）に規定する研修の別記を修了したことを証明する。  　　年　　月　　日  愛知県知事指定（愛障第　　　号）  研修事業者名　　　　　　　　　　印 |

大きさは、縦　　㎝　×　横 ㎝

注 第　号には要綱第６条で付与した指定番号及び―に続いて、事業者で定めた個人番号を記すこと。

別記には、研修する課程の別（居宅介護職員初任者研修課程、障害者居宅介護従業者基礎研修課程、同行援護従業者養成研修一般課程・応用課程、重度訪問介護従業者養成研修基礎課程・追加課程・統合課程・行動障害支援課程）を記すこと。

|  |
| --- |
| 第 ― 　号  　　　　　修了証明書（携帯用）  　　　　　　　　　　　　氏　　　　名  年　月　日 生  指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成十八年九月二十九日厚生労働省告示第五百三十八号）に規定する研修の別記を修了したことを証明する。  　　年　　月　　日  愛知県知事指定（愛障第　　　号）  研修事業者名　　　　　　　　　　　印 |

大きさは、縦　　㎝　×　横 ㎝

注 第　号には要綱第６条で付与した指定番号及び―に続いて、事業者で定めた個人番号を記すこと。

別記には、研修する課程の別（居宅介護職員初任者研修課程、障害者居宅介護従業者基礎研修課程、同行援護従業者養成研修一般課程・応用課程、重度訪問介護従業者養成研修基礎課程・追加課程・統合課程・行動障害支援課程）を記すこと。

|  |
| --- |
| 第 ― 　号  　　　　　修了証明書  　　　　　　　　　　　　氏　　　　名  年　月　日 生  愛知県居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱（令和四年一月　　日三障福第　　　　号愛知県福祉局長通知）に規定する全身性障害者移動介護従業者養成研修課程を修了したことを証明する。  　　年　　月　　日  愛知県知事指定（愛障第○○○号）  研修事業者名　　　　　　　　　　印 |

大きさは、縦　　㎝　×　横 ㎝

注 第　号には要綱第６条で付与した指定番号及び―に続いて、事業者で定めた個人番号を記すこと。

|  |
| --- |
| 第 ― 　号  　　　　　修了証明書（携帯用）  　　　　　　　　　　　　氏　　　　名  年　月　日 生  愛知県居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱（令和四年一月　　日三障福第　　　　号愛知県福祉局長通知）に規定する全身性障害者移動介護従業者養成研修課程を修了したことを証明する。  　　年　　月　　日  愛知県知事指定（愛障第○○○号）  研修事業者名　　　　　　　　　　　印 |

大きさは、縦　　㎝　×　横 ㎝

注 第　号には要綱第６条で付与した指定番号及び―に続いて、事業者で定めた個人番号を記すこと。

|  |
| --- |
| 第 ― 　号  　　　　　修了証明書  　　　　　　　　　　　　氏　　　　名  年　月　日 生  指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成十八年九月二十九日厚生労働省告示第五百三十八号）に規定する研修の行動援護従業者養成研修（強度行動障害支援者養成研修基礎研修・実践研修）を修了したことを証明する。  　　年　　月　　日  愛知県知事指定（愛障第○○○号）  研修事業者名　　　　　　　　　　　印 |

大きさは、縦　　㎝　×　横 ㎝

注 第　号には要綱第６条で付与した指定番号及び―に続いて、事業者で定めた個人番号を記すこと。

|  |
| --- |
| 第 ― 　号  　　　　　修了証明書（携帯用）  　　　　　　　　　　　　氏　　　　名  年　月　日 生  指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成十八年九月二十九日厚生労働省告示第五百三十八号）に規定する研修の行動援護従業者養成研修（強度行動障害支援者養成研修基礎研修・実践研修）を修了したことを証明する。  　 　　年　　月　　日  愛知県知事指定（愛障第○○○号）  研修事業者名　　　　　　　　　　　印 |

大きさは、縦　　㎝　×　横 ㎝

注 第　号には要綱第６条で付与した指定番号及び―に続いて、事業者で定めた個人番号を記すこと。

|  |
| --- |
| 第 ― 　号  　　　　　修了証書  　　　　　　　　　　　　氏　　　　名  年　月　日 生  あなたは、厚生労働省の定めるところにより当該研修事業者が愛知県知事の指定を受けて行う強度行動障害支援者養成研修（別記）を修了したことを証します。  　　年　　月　　日  愛知県知事指定（愛障第○○○号）  研修事業者名　　　　　　　　　　　印 |

大きさは、縦　　㎝　×　横 ㎝

注　第　号には要綱第６条で付与した指定番号及び―に続いて、事業者で定めた個人番号を記すこと。

別記には、研修の別（基礎研修、実践研修）を記すこと。

|  |
| --- |
| 第 ― 　号  　　　　　修了証書（携帯用）  　　　　　　　　　　　　氏　　　　名  年　月　日 生  あなたは、厚生労働省の定めるところにより当該研修事業者が愛知県知事の指定を受けて行う強度行動障害支援者養成研修（別記）を修了したことを証します。  　 　　年　　月　　日  愛知県知事指定（愛障第○○○号）  研修事業者名　　　　　　　　　　　印 |

大きさは、縦　　㎝　×　横 ㎝

注　第　号には要綱第６条で付与した指定番号及び―に続いて、事業者で定めた個人番号を記すこと。

別記には、研修の別（基礎研修、実践研修）を記すこと。