

様式第6号（第5条関係）

第 号
修了証明書

氏 名
生年月日 年 月 日

あなたは、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第11条第2項で規定する喀痰吸引等研修の全課程を修了したことを証します。

修了した喀痰吸引等研修の課程 省令別表第○号研修

年 月 日

登録研修機関登録番号○○○○○○○○
登録研修機関の名称
代表者名 ○○ ○○ 印