【参考様式２】

岩国市訪問型サービスタイプ２従事者

の資格要件における一定の研修修了証

氏　　　　名

生年月日

修了年月日　　令和　　年　　月　　日

事業所名

(事業所番号)

　あなたは、岩国市訪問型サービスタイプ２従事者の資格要件における一定の研修課程を

修了したことを証します。

令和　　年　　月　　日

所在地

事業者

名　　称

(法人名)

代表者名