第　　　　号

様式第７号

修　 了 　証 　書

 　　　 氏 名

　　　 　　　 　　 生年月日

　あなたは、当該法人が奈良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）

（法人代表者名）　　　　　　　　　印