

## 研修実施証明書

(医療機関名) ○○○○○○○○○

貴施設は、厚生労働省が定める病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の医療機関実施型研修を実施した機関であることを証明します。

研修実施日 年 月 日

研修修了者数 名

証明書交付日 年 月 日

大阪市長 ○○ ○○

印