

修 了 証 書

氏 名
生年月日

あなたは、〇〇病院が実施した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を修了したことを証明します。

研修修了日 年 月 日
修了証書交付日 年 月 日

大阪市長 〇〇 〇〇

印