様式第10号（第14条関係）

視覚障害者移動介護従業者養成研修課程

全身性障害者移動介護従業者養成研修課程

|  |
| --- |
| 第　　　　　号修了証明書氏名生年月日　　　　年　　月　　日丸亀市長が指定した事業者が実施する丸亀市ガイドヘルパー養成研修の別記を修了したことを証明する。　　　　年　　月　　日丸亀市長　　　　　　　　 |

（別記）には、〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕のいずれかを記載する。