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。