様式第１号

第　　号

修 了 証

　　　　氏　　名

　　　　生年月日

あなたは、令和５年度愛媛県医療的ケア児等支援者養成研修を修了したことを証します。

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　愛媛県知事

印