

# 修了証書

氏 名 佐々木 学

生年月日 昭和 53 年 10 月 16 日生

あなたは、厚生労働大臣の定めるところにより  
当該研修事業所が宮城県知事の指定を受けて行う  
強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了  
したことを証します

平成 28 年 12 月 15 日

社会福祉法人 栗原秀峰会

理事長

菅原 廣則

