様式１

第　　　　号

修　了　証　書

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　（所属名　　　　　　　　　　　　　）

　平成30年度特定健診・保健指導に関する研修において所定の課程を修了したことを証する

研修種類：保健指導初任者編

本研修はメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導担当者の資質向上推進事業要綱（厚生労働省健康局）に定める研修の内容を満たしたものである

平成30年　 月　 日

印

　新潟県福祉保健部長