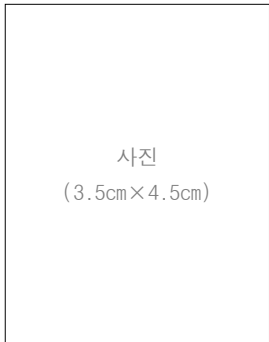


제 호

## 동료지원인 양성과정 수료증



성 명:

생 년 월 일:

교육훈련기관:

교육 기간: . . . ~ . . . ( 시간)

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제69조의2제1항 및 같은 법 시행규칙 제49조의2제4항에 따라 동료지원인 양성과정을 수료하였으므로 이 증서를 수여합니다.

년 월 일

교육훈련기관의 장

직인