

## 証明書発行依頼

氏 名		※旧 姓 名 (改姓した方のみ)	
生 年 月 日		※修了した当時の 事業所名 (事業所名が変更した方のみ)	
修了年月日 (発行番号)	年 月 日 (第 号)		
修了した研修名	<input type="checkbox"/> 認知症介護基礎研修(基礎研修)	通	
	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修(実践者研修)	通	
	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)	通	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修	通	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修	通	
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	通	
使 用 目 的			
提 出 先			
連絡先電話番号 (携帯電話等)			
証明書送付先 住所			

### 《注意事項》

1. 郵送による申し込みの際には、封筒の表に朱書きで「証明書発行依頼在中」と記入の上、必ず返信用封筒(宛先記入・切手貼付)を同封してください。
2. 修了当時と姓名又は事業所名が変更している場合は、旧姓又は当時の事業所名をお書きください。

◇依頼文書・送付先  
 堺市 健康福祉局 長寿社会部  
 長寿支援課  
 〒590-0078  
 堺市堺区南瓦町3番1号  
 TEL 072-228-8347  
 FAX 072-228-8918