

年 月 日

(あて先) 千葉市長

氏名 _____ (注1)

住所 〒 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

Email _____

研修修了証明書交付申請書

以下の研修を修了したことの証明書の交付を受けたいので、申請します。

- 1 対象研修
- ☐ 認知症介護基礎研修
 - ☐ 認知症介護実践者研修
 - ☐ 認知症介護実践リーダー研修
 - ☐ 認知症対応型サービス事業管理者研修

2 修了年月日 _____ 年 月 日 (☐ 不明)

3 修了証書番号 第 _____ 号 (☐ 不明)

4 申請理由 (_____)

- 5 修了証明書受取方法
- ☐ 窓口受取 (注2)
 - ☐ 上記住所へ郵送 (注3)
 - ☐ 上記以外の住所へ郵送 (注3)

(〒 _____)

(留意事項)

- 注1) 研修修了時と現在で氏名が異なる場合は、氏名欄に研修修了時の氏名も併記してください。
- 注2) 窓口受取をご希望の場合は、地域包括ケア推進課へ来庁日をご連絡のうえお越しください。
(電話 043-245-5267)
- 注3) 修了証明書の郵送をご希望の場合は、110円切手を貼った返信用封筒に申請者の住所・氏名を記入し、交付申請書とともにご提出ください。