

修了証書紛失に伴う研修修了確認依頼書

年 月 日

大阪府知事 様

〒 -
住 所

(フリガナ) ()

申 請者氏名 (自署)

生 年 月 日 年 月 日

連絡先電話

下記研修の修了証書を紛失しましたので、研修修了の確認をいただきますよう依頼します。

記

1 研修の種別 [いずれかに○印]

- ・ 認知症介護基礎研修
- ・ 認知症介護実践研修(実践者研修)
- ・ 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)
- ・ 認知症対応型サービス事業開設者研修
- ・ 認知症対応型サービス事業管理者研修
- ・ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

2 研修実施団体名 ()

3 研修修了日 年 月 日

<添付書類>

- ・ 身分証明書の写し(運転免許証、旅券等写真入りのもの)
- ・ 返信用封筒(必要金額分の切手を貼り、返送先の住所を記載したもの)

<申請方法>

- ・ 本依頼書及び添付書類を、大阪府福祉部高齢介護室介護支援課認知症・医介連携グループまで郵送してください。
- ・ 回答までは、郵送期間を含め、約1週間かかります。