

# 認知症介護実践研修 修了証書 再交付申込書

フリガナ 氏名		生年月日	平成 年 月 日 大正・昭和・平成 年 月 日
住所 (郵送先)	(〒 — )		
電話番号		日中連絡先 電話番号	(職場・自宅・携帯・その他) ※該当箇所には○をつけてください ↳ 【 】
<b>【再交付を必要とする研修】</b>			
研修受講 年月日	平成 年度	※該当する箇所には○をつけてください。 実践者研修 ・ リーダー研修	

## 【注意事項】

- \* 申込書は、再発行手数料入金後に、**FAXまたは郵送**でお申し込みください。
- \* 再発行手数料は、**1通につき1,000円**となります。 ※ただし別途振込手数料が必要です。

## 【再発行手数料を振込む場合】

- ※ 下記の口座に再発行手数料を納入してください。
- ※ 振込人氏名の前に、「再発行」と入力してください。

## 【送金先】

金融機関名：山口銀行 県庁内支店 口座番号：普通預金 No 200761  
名義人：社会福祉法人山口県社会福祉協議会 会長 原 昌 克 (ハラ マサカツ)  
振込人氏名：再発行 ○○ ○○ ※氏名 (サイハッコウ ○○ ○○)

## 【事務局】

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会  
福祉研修センター  
〒754-0893 山口市秋穂二島1062  
TEL：083-987-0123  
FAX：083-987-0124

## 【事務局確認欄】

	受付日	処理日	返送日
日付			
担当者印			