

# 認知症介護実践研修 修了証書 再交付申込書

(申請年月日) 令和 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	昭和・平成  年 月 日
自宅住所	(〒 - )		
電話番号		日中連絡先	( )

【再交付を必要とする研修課程】 ※記述又は該当する箇所に○をつけてください。

年度	( )年度	研修名	実践者研修 ・ リーダー研修
----	-------	-----	----------------

【注意事項】

- \* 再発行を必要とする修了証書ごとに、申込書を提出してください。
- \* 申込書は、再発行手数料入金後に、FAX又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  
 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  
 福祉研修部(福祉研修センター)  
 住所: 〒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			

(介護実習普及事業)