（様式１）

**看護職員認知症対応力向上研修及び**

**病院勤務以外の医療従事者等認知症対応力向上研修修了証の再交付依頼書**

　　　年　　月 　 日

兵庫県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

標記について下記のとおり再交付していただきますようお願いします。

　なお、紛失していた修了証が見つかった場合は、再交付された修了証を直ちに返却します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入項目 | 記　入　欄 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 現在勤務されている事業所名 |  |
| 送付先住所 | 〒 |
| 日中必ず連絡が取れる連絡先 | （電話番号） |
| 取得時の法人名・事業所名 |  |
| 必要な研修名  （該当するものに☑を記入） | * 1.看護職員認知症対応力向上研修 * 2.病院勤務以外の医療従事者等認知症対応力向上研修 |
| 研修を修了した年度 | （平成・令和　　　　　　　年度　第　　　回） |
| 再交付を要する理由 |  |

＜**申請方法**＞以下３点を下記まで送付してください。

①本書（看護職員認知症対応力向上研修及び病院勤務以外の医療従事者等認知症対応力向上研修修了証の再交付依頼書）

②本人確認書類の写し（運転免許証、パスポート、健康保険証、マイナンバーカードの表面等）

③返信用封筒（**角２封筒**に**350円切手**(定形外郵便140円＋特定記録郵便210円)を貼り付け、

**返信先住所を記入**してください。）

※申請後から修了証の発行まで日数がかかります。ご了承ください。

【送付先】

〒650-8567兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10番1号

兵庫県健康増進課 認知症対策班

「認知症介護研修　再発行依頼書　在中」（「」内　赤色で記載）