

新潟市認知症介護研修修了証書氏名等変更届

年 月 日

新潟市長 様

(住 所)

(氏 名)

印

(電 話)

氏名等を変更する者	氏名	
	所属施設等	
	受講修了(見込み)研修名	年度第 回 研修 修了番号 第 ー
変更内容	変更前	
	変更後	
変更年月日	年 月 日	
変更の理由		

※本人確認のため、運転免許証の写し等を添付してください。

※修了証書の郵送をご希望される場合は、切手を貼り付けた返信用封筒を添付してください。(A4サイズの修了証書を折らずに入れるため、角2サイズの封筒)