

新潟市認知症介護研修修了証書再発行届

年 月 日

新潟市長 様

(住 所)

(氏 名)

(電 話)

修了証書を再発行する者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	所属施設等 (研修受講時)	
修了した研修名	年度 第 回 研修名 _____	
修了証書番号	第 一 号	
修了年月日	年 月 日	
再発行の理由	1 修了証書紛失のため 2 修了証書破損のため	

※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)