

記入上の注意

(様式2)

「認知症介護基礎研修」修了証明願

研 修 名	令和●●年度 認知症介護基礎研修		
氏 名	滋賀 花子		
生 年 月 日	平成元年4月1日	電 話 番 号	○○○-○○○○-○○○○ (昼間連絡が取れる番号)
上記内容のとおり相違ないことを証明願います。 令和○○年○○月○○日 滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長 様 (〒○○○-○○○○) 住 所 大津市京町●丁目1-1 氏 名 県庁 花子 (旧姓：滋賀)			

◇ 証明願欄をご記入ください

※電話番号は、昼間に連絡のつく番号をご記入ください。

※受講年度が分からない場合は、医療福祉推進課 在宅医療福祉・認知症施策推進係までご確認ください。

※苗字に変更のあった場合

受講時の姓名を記入下さい

現在の姓名で署名(自筆)し、カッコ書きで旧姓を記入して下さい

※修了証明は、原則、申請書に記載の住所へ郵送します。申請書に記載の住所以外(事業所等)に郵送を希望される場合は、送付先の郵便番号、住所を記載したメモを同封してください。

◇ 証明欄は記入しないでください(当課で記載します)。

