

様式第 26 号

茨城県認知症地域医療支援事業 再交付申請書

氏 名 _____ (※1)
郵便番号 〒 _____ (※2)
住 所 _____ (※2)
電話番号 _____ (※2)
生年月日 ・大正 / ・昭和 / ・平成 年 月 日

再交付希望項目 (該当するものを○で囲んで下さい)

(1)研修修了証 ・認知症サポート医研修 (茨城県認知症サポート医証書)

- ・かかりつけ医認知症対応力向上研修
- ・病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修
- ・歯科医師等認知症対応力向上研修
- ・薬剤師認知症対応力向上研修
- ・看護職員認知症対応力向上研修
- ・病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修

(2)連携証 ・茨城県もの忘れ・認知症相談医連携証書
・茨城県もの忘れ・認知症対応医療機関証書

研 修 回 _____年度 第_____回 (※3)

修了証番号 第_____号 (※3)

再交付を受ける理由

上記により、再交付を申請します。

_____年_____月_____日

申請者署名 _____

(※1) 結婚等で改姓した方は、受講当時の氏名を記入して下さい。

(※2) 郵便番号・住所・電話番号は現在のものを記入して下さい。

(※3) わかる範囲で記入して下さい。