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。