【様式Ｃ】

一般社団法人日本認知症ケア学会
認知症ケア専門士認定委員会　殿

氏　　名	(ふりがな)				生年月日		
					（西暦） 年　月　日		
認知症ケア専門士 No.							

認知症ケア専門士証（カード・証書）再発行申請書

下記（□欄にチェック）の再発行を申請します.

記

□ 認知症ケア専門士カード　＊上級含む　1,000 円
□ 認知症ケア専門士証（証書）　1,000 円
□ 認知症ケア上級専門士証（証書）　1,000 円

再発行手数料「郵便振替払込請求書兼受領証（コピー）」貼付欄

払込み後に発行される「郵便振替払込請求書兼受領証（または，ご利用明細票)」のコピーをこの枠内に貼り付けてください.
＊紛失した方は次の枠に入金した年月日を記入してください.

払い込み年月日	年　月　日

郵便局備え付けの払込取扱票に次の事項を記入のうえ，払込みください.
口座番号：００１３０－７－５７８４６８
加入者名：認知症ケア専門士認定委員会
通 信 欄：①再発行の旨 ②専門士番号 ③氏名・ふりがな

※更新・保留申請時に再発行申請書の提出は不要です．更新確定者には，新たな認定期間を記載した認知症ケア専門士証（カード・認定証）をお送りします．更新・保留申請時に本様式を同封された場合，現在お持ちの認知症ケア専門士証（カード・認定証）が再発行されますのでご注意ください.

【送付先】一般社団法人日本認知症ケア学会事務センター「認定委員会」係
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 4-1-1 オザワビル（株）ワールドプランニング内