様式２

城東区ＡＣＰ地域普及推進サポーター講習受講修了証・認定証　再交付申請書

年　　　月　　　日

〔届出者〕

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |
| 氏名 |  |

**次の理由により、**

**修了証**

**認定証**

**の再交付を申請します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 理由 | 注意事項 |
| **氏名変更** | ・様式１により、城東区ＡＣＰ地域普及推進サポーター名簿変更届も併せて提出してください  ・旧氏名で交付された修了証・認定証は返還してください |
| **紛失** | ・紛失した状況を（　）内に記載してください |
| **汚損** | ・汚損した状況を（　）内に記載してください  ・汚損した修了証・認定証を保有している場合は返還してください |

【提出先】

大阪市城東区中央三丁目５番45号

城東区役所 保健福祉課（保健担当）

電話 06-6930-9882

FAX 050-3535-8689

E-Mail [tq0011@city.osaka.lg.jp](mailto:tq0011@city.osaka.lg.jp)