

令和 年 月 日

サービス管理責任者等研修修了証等再発行申請書

茨城県心身障害者福祉協会会長 様

次の研修について、修了証等の再発行を申請します。

申請者

フリガナ	
氏名	印
生年月日(和暦)	年 月 日
フリガナ	
住所	〒 -
電話番号	
勤務先	
勤務先所在地	〒 -

(該当する□にレ点を記載)

研修の名称	分野 ()
修了年度	<input type="checkbox"/> 平成 年度 / <input type="checkbox"/> 令和 年度
再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失または滅失 <input type="checkbox"/> 毀損 (お手持ちの証書等を添付して下さい) <input type="checkbox"/> その他 ()
証明書の送付先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 勤務地 <input type="checkbox"/> その他 ()。
その他	研修修了時と現在の氏名が異なる場合は、当時の氏名を記載して下さい。 なお、再発行する証書等は研修修了時の氏名となります。 ()

必ず、角2サイズの返信用封筒(“様”、“御中”まで記入し、140円切手を貼付)を同封して下さい。

※茨城県心身障害者福祉協会で開催しておりますサービス管理責任者等研修は、平成29年度以降のものとなります。