

社会福祉法人聖隷福祉事業団 医療的ケア教員講習会修了証再交付申請書

年 月 日

社会福祉法人 聖隷福祉事業団
理事長 青木 善治 様

住 所

氏 名 ㊟

電話番号

下記のとおり、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則（昭和 62 年厚生省令第 50 号）第 5 条第 9 号の 2 又は社会福祉士介護福祉士学校指定規則（平成 20 年文部科学省・厚生労働省令第 2 号）第 5 条第 9 号の 2 に規定する講習会の課程の修了証明について、再交付を申請します。

記

研 修 課 程	社会福祉法人聖隷福祉事業団 医療的ケア教員講習会
生 年 月 日	年 月 日
修 了 年 月 日	年 月 日
再交付が必要な理由 (該当箇所に○をつける)	1. 破損 2. 紛失 3. その他 ()

(添付書類)

- ①破損の場合は、現在お持ちの修了証
- ②身分証明書の写し（免許証、保険証等のコピー）
- ③研修修了時の氏名が現在の氏名と異なる場合は、その事実が確認できる書類の写し

※当初交付の修了証が発見された場合には、速やかにご返還ください