

社会福祉法人聖隷福祉事業団介護福祉士実務者研修修了証明書再交付申請書

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、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）に基づく実務者研修の修了証明について、再交付を申請します。

記

研 修 課 程	聖隷福祉事業団介護福祉士実務者研修
生 年 月 日	年 月 日
修 了 年 月 日	年 月 日
再発行が必要な理由 (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明書
- 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

※当初交付の修了証明書が発見された場合には、速やかにご返還ください