社会福祉法人聖隷福祉事業団 喀痰吸引等研修修了証書再交付申請書

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施行規則（昭和 62 年厚生省令第 49 号）別表第一から第三に掲げる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	1. 第一号研修 2. 第二号研修 3. 第三号研修
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

※当初交付の修了証書が発見された場合には、速やかにご返還ください