

研修修了証 再発行申込書

申込日 西暦 年 月 日	受付日 西暦 年 月 日
申請者 (本人)	フリガナ _____ 日中の連絡先電話番号 _____ 氏名 _____ ()
	フリガナ _____ <input type="checkbox"/> 現在と同じ 生年月日 _____ 修了時氏名 _____ 西暦 年 月 日生
	現住所 〒 _____
	委任確認(手続きを代理人が行う場合) 私は、下記の証明書発行の <input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 受領 に関する権限を代理人に委任します。
代理人	フリガナ _____ 申請者との関係 _____ 日中の連絡先電話番号 _____ 氏名 _____ ()
	現住所 〒 _____

発行を希望する修了証の種類と再発行理由にし、修了年月を記入してください。

証明書種類	修了年月	再発行理由 ※
<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (A4サイズ)	年 月	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (携帯サイズ)	年 月	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 訪問介護員2級養成講座 (A4サイズ)	年 月	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 訪問介護員2級養成講座 (携帯サイズ)	年 月	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 (本人用)	年 月	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 (センター提出用)	年 月	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> その他	年 月	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他
合計通数 _____ 通 × 再発行手数料 1,000円 = 合計 _____ 円		

※破損・氏名変更の理由で再発行を希望する場合はお手元の修了証と引換えて発行しますので必ずお持ちください。

※氏名変更を希望される方は、修了時の氏名と現在の氏名が併記されている公的な書類(戸籍抄本または戸籍謄本など)をご提示ください。

受取方法 (をつけてください。) 本人 代理人 が来校して窓口で受領 / 郵送 普通郵便 速達

※窓口で受領する方には、出来上がりましたらこちらからご連絡させていただきます。

※代理人による受領の場合は、代理人の方の本人確認書類(運転免許証・健康保険証・パスポート・学生証のいずれか1点)をお持ちください。

■学校記入欄

申請 受付	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	交 付	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人
	本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証		本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 学生証		<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 学生証
	代理人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証		代理人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 学生証		<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 学生証

受取り予定日 年 月 日 ()

世田谷福祉専門学校