

# 介護支援専門員研修修了証明書再発行申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人とちぎ健康福祉協会 理事長 様

ふりがな  
氏 名 印

研修時と氏名が違う方は研修時の氏名

(研修時氏名 )

生年月日 昭和・平成 年 月 日

介護支援専門員登録番号 (8桁)

--	--	--	--	--	--	--	--

住所

〒

電話番号

(必ず日中の連絡の取れる電話番号を記入してください)

下記のとおり、修了証明書の再発行をお願いいたします。

- 1 再発行の理由 (理由を簡単に記入してください)
  
- 2 再発行を受ける研修名 (対象の研修番号に○をつけてください)
  1. 介護支援専門員実務研修
  2. 介護支援専門員実務従事者基礎研修
  3. 介護支援専門員専門研修 課程 I
  4. 介護支援専門員専門研修 課程 II
  5. 介護支援専門員再研修
  6. 介護支援専門員更新研修
  7. 主任介護支援専門員研修
  8. 主任介護支援専門員更新研修

- 3 研修修了年度 (間違いのないように記入してください)

平成・令和 年度

**※必ず、この申請書と、140円切手を貼り返信先を記入した返信用封筒(角2型)を同封のうえ送付してください。**

〈送付先〉〒320-8503 宇都宮市駒生町3-3-7-1 とちぎ健康の森2階  
(福)とちぎ健康福祉協会 介護支援専門員研修担当あて