修了証書の亡失・き損時の取扱い様式１

大阪府相談支援従事者研修修了証書交付証明願

　　　　年　　月　　日

社会福祉法人四天王寺福祉事業団

　理事長　　塚原　昭人　様

氏名：

電話番号：

自宅住所：

　私は、当該研修の課程を修了し、修了証書の交付を受けた者であることを証明願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修修了時氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 研修事業名 | 大阪府相談支援従事者研修 |
| 初任者研修・初任者研修（講義部分）・現任研修・専門コース別研修※右の番号を選択してください | ①　初任者研修（7日課程）②　初任者研修（講義部分）※2日課程③　現任研修④　専門コース別研修（意思決定支援コース） |
| 研修修了日（※1） | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 修了証書番号（※1） | 号　　　 |
| 証明を必要とする理由 | １　亡失したため２　き損により使用に耐えなくなったため |

（※1）：不明の場合は空欄でも可

【添付書類】

・氏名、生年月日、住所を確認できる公的書類の写し

・研修修了時と氏名が変更している場合、そのことがわかる書類

・修了証書のき損により証明を希望する際は、き損した修了証書

本証明願のご提出後、当法人が指定する口座へ事務手数料（3,000円）をお振込みください。