修了証明書交付願（兼修了証明書）

　　年　　月　　日

宮城県保健福祉部障害福祉課長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 生年月日（和暦） | 年　　月　　日　 |
|  | 電話番号 |  |

下記により，宮城県障害者相談支援従事者研修の修了証明書の発行をお願いいたします。

記

１　修了した研修等

（１）　修了年度　（　　　　）年度　・　　不　　明

（２）　研修種別　　初任者研修　　　・　　現任研修　　　・　　主任研修

２　修了した時点の申請者所属名

　（１）　法人名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（２）　事業所名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　発行を希望する理由

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　添付書類

□　本人確認書類（マイナンバーカード，運転免許証（両面）の写し等）

□　返信用封筒

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【以下宮城県記入欄】

修了証明書

上の者が　　　　年度宮城県障害者相談支援従事者　　　　研修を修了したことを証明する。

　　年　　月　　日

宮城県保健福祉部障害福祉課長

【記載例】

修了証明書交付願（兼修了証明書）

　　令和○○年○○月○○日

宮城県保健福祉部障害福祉課長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 〒〇〇〇－○○○○宮城県仙台市青葉区○○△―△―△ |
|  | 氏名 | 宮　城　太　郎 |
|  | 生年月日（和暦） | 平成○○年○○月○○日 |
|  | 電話番号 | 〇〇〇－○○○―○○○○ |

下記により，宮城県障害者相談支援従事者研修の修了証明書の発行をお願いいたします。

記

１　修了した研修等

（１）　修了年度　（平成２８）年度　・　　不　　明

（２）　研修種別　　初任者研修　　　・　　現任研修　　　・　　主任研修

２　修了した時点の申請者所属名

（１）　法人名　　（社会福祉法人○○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（２）　事業所名　（障害者相談支援事業所○○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　発行を希望する理由

　　（修了証書を紛失したため。　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　）

４　添付書類

☑　本人確認書類（マイナンバーカード，運転免許証（両面）の写し等）

☑　返信用封筒

☑　その他（戸籍抄本　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※　１（２）は，いずれかに○を付けてください。

※　４の「本人確認資料」については，申請者が修了者本人であることの確認できる公的な書類を添付してください。

※　研修修了時と氏名が異なる場合は，改名前後の氏名が確認できる公的な書類（戸籍抄本等）も添付してください。