

## 修了証明書等再交付及び原本証明申請書

年 月 日

公益財団法人介護労働安定センター

\_\_\_\_\_ 支部長 殿

下記のとおり申請いたします。

記

※ 太枠内は、必ず記入してください。

(ふりがな) 申請者氏名		連 絡 先	電話番号
			Mail
住 所 お 届 け 先	〒 _____		
申請内容	1 再交付                                  2 原本証明		
申請理由	1 き損                                  2 紛失                                  3 その他(                                  )		
講習名			
申請枚数	_____ 枚                                  (手数料は、1枚につき2,000円(税込) )		
(ふりがな) 修了時氏名	※申請時と異なる場合のみ記入	生年月日	昭・平      年      月      日
修了(合格)年度	_____ 年度	受講(受験)会場	_____
修了証明書(合格)番号	_____		
再交付手数料(税込み)	_____ 円 内訳(手数料      円 郵送代 490 円 簡易書留)		

【併せてご提出いただくもの】

- ご本人が確認できる証明書類の写し（パスポート、運転免許証、健康保険証、個人番号カード、住民票等）
- 修了時から氏名変更がある場合は、それを証明する書類（戸籍抄本等）  
※ ただし、再交付する証明書の記載は、原則、修了時の氏名となります。
- 上記①、②で提出いただいた書類については、当センターで番号等を控えさせていただいた後、責任をもって破棄いたします。

【申請理由が「紛失」の場合】

当初交付の証明書が発見された場合は、再交付した修了証明書を直ちに返還してください。

## 支部確認欄

受付日	年 月 日
手数料収納日	年 月 日
決済受付番号 SMBC	
確認者名	
支部長確認	

【本人確認書類】添付書類にチェック・番号等記入する。

- パスポート (                                  )
- 運転免許証 (                                  )
- 健康保険証 (                                  )
- 個人番号カード (                                  )
- 住民票 (                                  )
- その他 (                                  )
- ※ 氏名変更がある場合
- 戸籍謄本・抄本 (                                  )
- その他 (                                  )