介護職員等による喀痰吸引等の研修
修了証明書 再交付申込書

令和　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名		生年月日	昭和・平成 年　　月　　日
住所 (郵送先)	(〒　　－　　)		
電話番号		日中連絡先 電話番号	(職場・自宅・携帯・その他) ※該当箇所に○をつけてください 【　　】
研修受講 年度	平成・令和　　年度	研修の種類	不特定多数の者多数・特定の者対象 (１・２号)　　(３号) ※該当箇所に○をつけてください

【注意事項】

＊ 山口県社会福祉協議会が実施した研修の修了者が再交付の対象です。

＊ 再交付を必要とする修了証明書ごとに、申込書を提出してください。

【手続方法】

1. 申込書に必要事項を記入の上、下記事務局へFAXまたは郵送で送付してください。
2. 申込書を確認後、事務局から連絡します。
3. 再交付手数料(1通につき1,000円)を下記指定口座に振り込んでください。
   ※振込に係る手数料は、別に御負担ください。
4. 入金確認後、修了証明書の交付手続きを行います。

【再交付手数料を振込む場合】

※ 下記の口座に再交付手数料を納入してください。

※ 振込人氏名の前に、「再交付」と入力してください。

【送金先】
金融機関名：山口銀行　県庁内支店　　口座番号：普通預金　No　２００７６１
名　義　人：社会福祉法人山口県社会福祉協議会
振込人氏名：再交付　○○　○○　※氏名（サイコウフ　○○　○○）

【事務局】

社会福祉法人　山口県社会福祉協議会
福祉研修部（福祉研修センター）
〒７５４－０８９３　山口市秋穂二島１０６２
ＴＥＬ：０８３-９８７-０１２３
ＦＡＸ：０８３-９８７-０１２４

【事務局確認欄】

	受付日	処理日	返送日
日付			
担当者印			

（介護実習普及事業）