

## 当協会研修事業における修了書の再発行について

日頃から本会の事業推進には格別のご高配を賜り深謝申し上げます。

さて、当協会の主催しております研修事業において、これまで紛失等の理由による研修等修了書の再発行は無償で提供していましたが、誠に勝手ながら、さらなるペーパーレス化促進の観点から、原則、修了証等の再発行は行いません。

以上の理由から、研修修了時にお渡し致します修了証は大切に保管いただきますようお願い致します。

今後、特別な事由における再発行対応につきましては、別途事務手数料等についてご負担いただきますので、ご了承ください。

※茨城県心身障害者福祉協会で開催しております研修事業において、再発行可能な研修は

【 サービス管理責任者等研修：平成 29 年度以降 】であるもの

【 強度行動障害支援者養成研修：平成 28 年 1 月以降 】であるものとなります。

### 【 特別な事由における修了証再発行申請の手続きについて（流れ） 】

① 次の 2 点を作成及び同封の上、茨城県心身障害者福祉協会へご郵送いただきますようお願い致します。

・再発行申請依頼書（最終ページに掲載）

・返信用封筒（角 2 サイズの返信用封筒の宛先に“様”、“御中”まで記入し、180 円切手を貼付したものを同封して下さい。再発行修了証は A4 サイズとなっておりますので、必ず角 2 サイズの封筒をご用意ください。）

② 当協会に書類到着後、再発行申請依頼書を確認し、受講履歴を確認致します。再発行可能な場合、再発行申請依頼書内の「ご連絡先用メールアドレス」宛てに、振込先口座内容を記入した書類を同封致しますので、ご確認後、指定口座にご入金をお願い致します。

【 修了証再発行手数料（ご入金金額） 】

再発行希望枚数 1 枚につき 3,000 円（振込手数料はご依頼者負担となります）

※ 入金先口座は常陽銀行となります。

③ ご入金確認後、修了証再発行の手続きに移ります。ご入金後、2 週間以内に再発行修了証を発送いたしますので、お待ちください。

申込日 令和 年 月 日

### 茨城県心身障害者福祉協会研修修了証等再発行申請書

茨城県心身障害者福祉協会会長 様

次の研修について、修了証等の再発行を申請します。

申請者情報 (全項目必須)	フリガナ	
	氏名	印
	生年月日 (和暦)	年 月 日
	住所	〒 _____
	電話番号	
	ご連絡先用メールアドレス	
	勤務先	
	勤務先所在地	〒 _____

(該当する□にレ点を記載 / 全項目回答必須)

研修の名称	<input type="checkbox"/> <u>受講資格取得研修受講証明書</u> <input type="checkbox"/> <u>サービス管理責任者研修</u> / <input type="checkbox"/> <u>児童発達支援管理責任者研修</u> ↳ ・修了証の種別 ( <u>基礎研修</u> / <u>実践研修</u> / <u>更新研修</u> ) ※該当種別に丸をつけてください。 ・平成 30 年度以前に修了されている場合：修了分野 ( ) <b>※実践研修受講において、基礎研修修了証と受講資格取得研修受講証明書 (相談支援従事者初任者研修を修了されている方はそちらの修了証) が必要書類となります。2 枚とも再発行が必要な方はそれぞれの項目にレ点を記載してください。(その場合発行は計 2 枚となります)</b> <input type="checkbox"/> <u>強度行動障害支援者養成研修</u> ↳ ( <u>基礎研修</u> / <u>実践研修</u> ) ※該当種別に丸をつけてください。
修了年度	<input type="checkbox"/> 平成 _____ 年度 / <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年度
再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失または滅失 <input type="checkbox"/> 毀損 (お手持ちの証書等を添付して下さい) <input type="checkbox"/> その他 ( )
証明書の送付先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 勤務地 <input type="checkbox"/> その他 ( )
その他	研修修了時と現在の氏名が異なる場合は、当時の氏名を記載して下さい。 なお、再発行する証書等は研修修了時の氏名となります。 ( )

再発行依頼枚数：計 _____ 枚
-------------------