

第1号様式（第3条関係）

修了証書等交付証明申請書

令和〇年 〇月 〇日

指定研修事業者
鹿児島県社会福祉協議会会長 様

申請者個人の住所と氏名を
記入すること（押印不要）

住所 〇〇〇市〇〇町1丁目1番1号
氏名 鹿児島 太郎

私は、下記の鹿児島県障害福祉人材育成研修を修了（受講）し、修了証書等の交付を受けた者であることを証明願います。

記

氏名 (研修修了時氏名)	鹿児島 太郎 <small>(※研修修了時と現在の姓が異なる場合は旧姓も記入)</small>	
生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日生	
研修修了時の 所属法人名及び事業所名	法人名 社会福祉法人〇〇会 事業所名 障害者支援施設〇〇	
証明を必要とする 研修事業(分野) ※研修名欄及び研修項目等 の番号に〇をしてください	<input type="radio"/>	相談支援従事者研修 ① 初任者(講義部分)(前期) 2 初任者(中期・後期) 3 現任
	<input type="radio"/>	サービス管理責任者等研修 1 (1) 知的・精神 (2) 介護 (3) 就労 (4) 身体 (5) 児童 ② 基礎 3 実践 4 更新
	<input type="radio"/>	強度行動障害支援者養成研修 1 基礎研修 2 実践研修
	<input type="radio"/>	行動援護従業者研修
研修修了年度	令和〇年度	
研修時の研修事業者名	鹿児島県社会福祉協議会	
証明を必要とする理由	例) 紛失のため (※証明を必要とする理由を記入)	
連絡先(電話番号)	090-0000-0000	

※氏名、生年月日等を確認できる公的書面等（運転免許証等）の写しを添付すること。
※研修修了時と氏名が変更している場合、確認できる書類（戸籍抄本等）を添付すること。
※修了証書のき損により証明を希望する際には、き損した修了証書を添付すること。

障害福祉人材育成研修修了証書等交付証明書 発行手続き確認書

申請者氏名 **鹿児島 太郎**

1. 手数料振込について（1通につき2,000円をお振込みください）

振込日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	金額	4,000 円
名義	カゴシマ タロウ		
領収書（インボイス制度対応）の発行が必要な場合は、申請書に記入してください。			

1通につき2,000円のため、複数申請する場合は合計金額を振込の上、記入すること

※振込手数料は申請者でご負担ください。

○郵便局から振り込む場合の振込先（郵便振替）

(金融機関) ゆうちょ銀行
(口座番号) 01790-7-119340
(口座名義) 社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会 フクカゴシマケンシャカイフクシキョウギカイ

○他の金融機関から振り込む場合の振込先（銀行振込）

(金融機関) ゆうちょ銀行 一七九店(イチナナキュウ店)
(口座番号) 当座預金 0119340
(口座名義) 社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会 フクカゴシマケンシャカイフクシキョウギカイ

2. 証明書送付先について

住所	〒000-0000 〇〇〇市〇〇町1丁目1番1号		
氏名	鹿児島 太郎	電話番号	090-0000-0000

【提出する書類】

1. 修了証書等交付証明申請書（第1号様式）※住所・氏名は申請者個人のもを記載すること
2. 発行手続き確認書
3. 氏名・生年月日等を確認できる公的書面等（運転免許証等）の写し
4. (研修修了時と氏名が変更している場合) 氏名変更が確認できる書類（戸籍抄本等）
5. (修了証書のき損により証明書を希望する場合) き損した修了証書

【提出・問合せ先】

〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター内
 社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会 福祉人材・研修センター（障害研修担当）
 TEL：099-256-6767 FAX：099-250-9363