様式第２３号（介護職員初任者研修・生活援助従事者研修　共通）

福島県収入証紙貼付欄 （消印をしないこと）

年　　月　　日

福 島 県 知 事

申請者（現在の内容を御記入ください。）
郵便番号
住所
氏名
電話番号又は携帯番号

介護員養成研修修了証明書再交付申請書

標記研修の修了証明書を再交付してくださいますようお願いします。

研修修了時からの 氏名変更	□変更なし □変更あり（変更後の氏名：　　） 姓変更に該当する場合は、確認書類として「戸籍抄本」、「戸籍謄本」、「住民票写し」のいずれかの添付が必要となります。
生年月日	年　　月　　日
研修修了時の 住所及び連絡先※1	住所 連絡先
修了課程	□介護職員初任者研修課程 □生活援助従事者研修課程 □訪問介護員養成研修１級課程（ヘルパー１級） □訪問介護員養成研修２級課程（ヘルパー２級） □訪問介護員養成研修３級課程（ヘルパー３級） □介護職員基礎研修課程
実施機関※2	
修了年月日※3	年　　月　　日
再交付が必要な 証明書の種類	□修了証明書 □携帯用修了証明書
再交付が必要な理由	
本人であることを 確認できる書類	運転免許証の写し（コピー等）を添付してください。

※１　現在と同じ場合は記入不要です。
※２　資格等を取得した機関や会場等の名前を御記入ください。
※３　不明の場合は記入不要です。