

令和 年 月 日

山形県知事 殿

申請者
(署名又は記名押印)

山形県障がい者相談支援従事者研修修了証明書の発行について

標記研修の修了証明書を発行していただきますようお願いいたします。

記

ふりがな (研修修了時の) 氏名	
連絡先	〒 ー (電話番号: ー ー)
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
発行を希望する 研修 (希望研修に○印、 修了年度を記入)	平成・令和 年度 初任者研修
	平成・令和 年度 特別研修
	平成・令和 年度 現任研修
所属事業所名称	事業所名 住所 電話番号
再交付申請の理由	

※1 氏名、生年月日を確認できる書類（運転免許証の写し等）を必ず添付してください。
(研修修了時と氏名が変更している方は、そのことがわかる書類も添付してください。)

※2 この申請書と返信用封筒（84円切手を貼付し宛先を記入したもの、A4用紙が三つ折りで入るサイズ）を同封のうえ、山形県健康福祉部障がい福祉課事業指導・医療的ケア児支援担当まで郵送してください。