

修了証書の亡失・き損時の取扱い様式1

大阪府相談支援従事者研修修了証書交付証明願

令和 年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団  
理事長 行松 英明 様

自宅住所  
氏 名 印

私は、当該研修の課程を修了し、修了証書の交付を受けた者であることを証明願います。

記

研修修了時氏名	
生年月日	年 月 日生
連絡先	☎ — —
研修事業名	大阪府相談支援従事者研修
初任者研修・初任者研修（講義部分）・現任研修の別 ※①	1. 初任者研修 2. 初任者研修（講義部分） 3. 現任研修
研修修了日 ※②	年 月 日
修了証書番号 ※②	大阪第 号
証明を必要とする理由	1 亡失したため 2 き損により使用に耐えなくなったため

※① 研修の別について：1. 初任者研修 ⇒ 5日又は7日課程  
2. 初任者研修（講義部分）⇒ 2日課程

※② 研修修了日、修了証書番号等が不明の際は空欄でも可

【添付書類】

- ①氏名、生年月日、住所を確認できる公的書類の写し
- ②研修修了時と氏名が変更されている場合はそのことがわかる書類
- ③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
- ④宛先を表記した切手貼付済の返信用封筒