修了証の再発行について

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 修了証再発行のご案内 | |
| 申込方法 | * ＜様式1＞の再発行申請書に必要事項を記入のうえ、ＦＡＸもしくは郵送でお申し込みください。 * 返信用封筒（角２封筒（33×24㎝）に140円切手を貼り、証明書を届けてほしい住所・氏名を宛名に記入したものを、再発行申請書原本と再発行料払い込み記録の写しと一緒にご郵送ください。） |
| 料　　金 | １部　　　　500円 |
| 支払方法 | 【郵便振替による振込】  払込取扱票  00110-1-　298941  加入者名　茨城県看護協会（教育計画）  金額　　500円  通信欄  ①証明書の再発行料  ②勤務先  ③氏名  ④連絡先住所・電話番号など  【ご持参】  直接看護協会に持参することも可能です。 |
| お問合せ先 | (公社)茨城県看護協会  　　研修担当  〒310-0034　水戸市緑町3-5-35　保健衛生会館　３Ｆ  　TEL　029-221-6900　　　FAX　029-226-0493  　e-mail　　kensyu@ina.or.jp  　URL　　　 http://www.ina.or.jp |

＜様式1＞

公益社団法人茨城県看護協会

　　会　長　　殿

**修了証再発行申請書**

記入日：　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講年度 |  | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 住　　所  電話番号 | 〒　　　－  　TEL　　　－　　　　－　　　　　　　　携帯　　　－　　　　　－ | | |
| 再発行を希望する受講研修等 | 平成　　年度 | | |
| 再発行を必要とする理由 | １.紛失した  ２.破損・汚損した  ３.その他  　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※いずれかに○印、もしくはご記入ください | | |
| 必要添付書類  ☑　再発行料払い込み記録の写し  ≪ご記入いただいた個人情報は、再発行にかかる業務範囲に限定して利用させて頂きます。この範囲を超えて個人情報を利用することはありません。≫  ＜以下は(公社)茨城県看護協会事務処理用ですので記入しないようお願いいたします。＞ | | | |
| 再発行理由の適切性評価 | | | |
| 年　　　月　　　日  担当　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |