

障害者職業生活相談員資格認定講習 修了証書再交付申請書

令和 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 茨城支部長 殿

(申請者) 氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

連絡先 — —

下記により、障害者職業生活相談員資格認定講習修了証書の再交付を申請します。

記

| | |
|---------------------|----|
| 受講年度 | 年度 |
| 再交付の理由 | |
| 修了証書(再交付) の送付先住所 | 〒 |

【送付先】※発送は配達記録の残る方法でお願いします。

〒310-0803

茨城県水戸市城南1-4-7 第5プリンスビル5階

(独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構 茨城支部 高齢・障害者業務課

※この申請書は茨城支部で受講修了した方のみ使用できます。

茨城支部以外で受講修了した方は、受講を修了した支部にお問合せください。

障害者職業生活相談員資格認定講習 修了証書再交付申請書

令和 X 年 XX 月 XX 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 茨城支部長 殿

(申請者) 氏 名 ■■ ■■

生年月日 昭和・平成 XX年 X月 XX日

連絡先 ●●● - ●●● - ●●●

下記により、障害者職業生活相談員資格認定講習修了証書の再交付を申請します。

記

| | | |
|---------------------|--|---------------------------------------|
| 受講年度 | 平成30年度 | 不明の場合、空欄 |
| 再交付の理由 | 紛失のため | 所属先※または自宅 ※受講修了時の所属先 でなくても結構です。 |
| 修了証書(再交付) の送付先住所 | 〒●●●●-●●●● 茨城県〇〇市〇〇町XXX-XX 株式会社 ■■ 〇〇部 | |

【送付先】※発送は配達記録の残る方法をお願いします。

〒310-0803

茨城県水戸市城南1-4-7 第5プリンスビル5階

(独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構 茨城支部 高齢・障害者業務課

(郵送事故防止のため)

配達記録・簡易書留・
レターパックプラス等

※この申請書は茨城支部で受講修了した方のみ使用できます。

茨城支部以外で受講修了した方は、受講を修了した支部にお問合せください。