

平成 年 月 日

公益社団法人長崎県看護協会  
会長 様

申請書 住所  
氏名 印  
生年月日  
※本人確認の為に記入いただいております。  
電話番号

### 修了証明書の再発行申請書

#### 記

この事について、下記の理由により修了証明書の再発行をお願い致します。

※修了時の状況をご記入ください。

- 1.修了研修（課程）名 \_\_\_\_\_
- 2.修了年月日（年度） \_\_\_\_\_
- 3.氏名（ふりがな） \_\_\_\_\_
- 4.所 属 施 設 名 \_\_\_\_\_

※修了書再発行に当たり上記について変更がある場合はご記入ください。

5.再 発 行 の 理 由 \_\_\_\_\_

6.再発行手数料（1,000 円） 振込日 平成 年 月 日

7.振込先

十八銀行 桜町支店（普）639936  
公益社団法人 長崎県看護協会

- 8.送付物 ①再発行申請書（この用紙）  
②返信用封筒：A4 が入る大きさ（300 円分の切手を添付、送付先住所・氏名を記載）  
※「特定記録」で郵送いたします。