

年 月 日

公益社団法人長崎県看護協会  
会長 様

申請者 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

下記のとお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。

修了研修（課程）名	
修了年月日（年度）	
氏名（ふりがな）	
所属施設名	
再発行の理由	
※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。	

#### ■再発行手順

1.再発行手数料振込（2,000 円）

2.申請書（この用紙）を郵送または持参

〔提出先〕 〒854-0072 長崎県諫早市永昌町 23-6 公益社団法人 長崎県看護協会 研修センター

3.入金を確認次第、証明書を作成し郵送いたします。（申請から 1～2 週間程度かかります。）

手数料振込日	年 月 日
振込名義人	
送付先住所 ※上記申請者住所と 同じ場合は記載不要です。	〒 —

振込先

十八親和銀行 桜町支店  
(普) 639936  
公益社団法人 長崎県看護協会

※以下は、本会使用欄ですので、記入不要です。

#### 再発行伺い

起案 年 月 日

決裁 年 月 日

専務	局長	係長	部長	担当

入金確認	経理報告	証明書作成	発送
/	/	/	/