

(様式第4号)

放課後児童支援員認定資格研修修了証再交付申請書

岩手県知事 様

令和 年 月 日

[届出者]

住 所	〒 -
(ふりがな) 氏 名	⑩ (申請者自署の場合は押印不用)
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日
連 絡 先	

放課後児童支援員認定資格研修修了証を再発行していただきたく、下記のとおり申請します。また、個人情報の取扱いについて同意します。

記

項 目	内 容	
氏 名		
住 所	〒	
連絡先		
再交付の理由 ※1	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> A4サイズ <input type="checkbox"/> 携帯用	
受講年度・会場	(平成・令和) 年度	会場

※1 再交付申請の内容欄には、紛失、汚損に至った理由を具体的に記載すること。  
また、汚損の場合は、修了証の原本を添付すること。

(様式第4号)

※2 個人情報の取扱について

- (1) 本届出に記載いただいた情報は、岩手県において放課後児童支援員認定資格研修に関する業務に使用するほか、厚生労働省への資格認定者情報の報告及び地方自治体間の相互の利用・提供のために使用します。
- (2) 本届出に記載いただいた情報は、上記以外、原則として第三者には開示しません。ただし、法律上開示すべき義務を負う場合や、本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益などを保護するために必要であると判断できる場合、その他緊急の必要があり個別の承諾を得ることができない場合には、例外的に個人情報を開示することがあります。

**【提出方法】**

郵送の際は、封筒の表に赤字で「再交付申請書在中」と明記してください。

(提出先)

〒020-8570

岩手県盛岡市内丸10-1

岩手県保健福祉部子ども子育て支援室 子育て支援担当 あて

(問合せ先)

岩手県保健福祉部子ども子育て支援室子育て支援担当

電話番号：019-629-5460 (直通)

F A X : 019-629-5464

E-Mail : AD0007@pref.iwate.jp