＜別記第１号の２様式＞

東京都強度行動障害支援者養成研修修了者名簿記載事項確認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**申請者本人**の氏名・住所・電話番号を記入し、**本人印**を捺印。

（事業所情報（事業所名・住所・電話番号）の記入、事業所印の捺印不可）

　公益財団法人東京都福祉保健財団理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

申請者本人の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　私こと　　　　　　が、東京都強度行動障害支援者養成研修修了者名簿に登載されていることについて、確認願いたく下記のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

受講確認したい研修に〇

１　研修等に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 研修年度・研修名 | 　　　　年度東京都強度行動障害支援者養成研修（基礎研修　・　実践研修） |
| 修了者管理番号（修了証明書の番号） | １３－※不明な場合は、空欄で可。 |
| 氏　　　名 | （新氏名） |
| （旧氏名） |
| 生年月日 | （昭和・平成）　　年　　月　　日 |
| 受講した時の勤務先（法人名・事業所名） | 法人名事業者名 |
| 修了証書が使用できない理由（紛失・破損等） |  |
| 証明書の使途（勤務先に提出等） |  |

※受講時と現在の氏名が異なる場合は、証憑書類（以下のうち１つ）を添付して下さい。

　　　・戸籍抄本（写）・・発行後3か月以内のもの

　　　・住民票又は住民票記載事項証明書（写）及び運転免許証（写）

* 申請の際は、返信用封筒に住所・氏名を記入の上、切手（110円）を貼付して申請書とともに送付して下さい。