

各　　位

公益社団法人全国ビルメンテナンス協会

病院清掃受託責任者講習修了証書の再交付手続きについて

　病院清掃受託責任者講習の修了証書またはネームタックの再発行については、再発行手数料を指定の口座にお振り込みいただき、振り込みの控えを添付の上、別紙「病院清掃受託責任者講習修了証書等再発行申請書」にてお申し込みください。

なお、ネームタックの再発行を希望される場合は、ご本人の写真 (縦3cm×横2.4cm) が必要となりますので、再交付申請書と写真を同封の上、下記住所までご郵送下さい。

(修了証書のみ再発行を希望される場合は、FAX (03-3805-7561) での送付で結構です。)

再発行は、原則として申請月の２５日日締切り、翌月１日発行といたしますので、ご承諾ください。

記

■必要書類■

１．病院清掃受託責任者講習修了証書等再発行申請書

２．振込領収書 (再交付手数料振込分：コピー可)

３．ご本人の写真 (縦3cm×横2.4cm) ＜※ネームタック再発行ご希望の場合のみ＞

■振込先■　下記のいずれかにより払い込みください。

○振替口座 (郵便局)：00100-8-769102　(社)全国ビルメンテナンス協会　病院清掃係

※振込手数料は貴社にてご負担ください。

■送付先■

公益社団法人全国ビルメンテナンス協会　病院清掃講習係

〒116-0013　東京都荒川区西日暮里5-12-5　ビルメンテナンス会館5F

TEL：03-3805-7560　／　FAX：03-3805-7561

以上

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院清掃受託責任者講習  修了証書等再発行申請書 | 申請日 | 年　　月　　日 |

病院清掃受託責任者講習修了証書の再発行を受けたいので、次のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　名 |  | | | 印 |
| 自宅住所 | 〒　　　　－ | | | |
| 自宅TEL | (　　　　)  　　　　　－ | 生年月日 | (いずれかに○をつけて下さい)  大正 ・ 昭和 ・ 平成  　　　年　　　月　　　日 | |
| 申請理由 |  | | | |
| 受講地 |  | 受講年度※2 | 平成　　　年度 | |
| 再発行希望書類  (希望するものに○) ※3 | 修了証書 ・ ネームタック  (\2,200)　　　(\2,200) | 修了番号※1 |  | |

＜送付先＞　送付先の記入がない場合は、自宅住所へ送付いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 | (送付先が会社の場合のみ記入) | | |
| 住　所 | 〒　　　　－ | | |
| TEL | (　　　　)  　　　　　－ | ＦＡＸ | (　　　　)  　　　　　－ |
| 通信欄 | ※振込金受領書(コピー可)を添付してください。 | | |

＜注意事項＞

太枠内をすべて記入し、提出して下さい。

※１　修了番号が不明の場合は空白でも結構です。その場合は受講地を必ずご記入ください。

※２　再発行希望書類に○を付けて下さい。再交付手数料は修了証書が2,200円（内訳：本体価格2,000円、消費税200円）、ネームタックが2,200円（内訳：本体価格2,000円、消費税200円）となります。

※３　住所変更等があった場合は、通信欄にその旨ご記入下さい。

※４　ネームタック再発行の際には、ご本人の写真(縦3cm×横2.4cm)が必要となります。

■振込先■　※振り込み手数料は貴社にてご負担ください。

○振替口座 (郵便局)：00100-8-769102　(社)全国ビルメンテナンス協会　病院清掃係