令和　　年　　月　　日

佐賀県放課後児童支援員認定資格研修修了証再発行申請書

佐賀県知事　殿

届出者　住所

氏名

　　　　　（記名・押印又は自署）

電話

　　（平日9時～17時に連絡が取れる電話番号）

佐賀県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。なお、個人情報の取扱いについて同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内容 |
| 申請理由 | □修了証の紛失（□Ａ４サイズ、□携帯用、□一部科目修了証）  □修了証の汚損（□Ａ４サイズ、□携帯用、□一部科目修了証） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 受講年度 | 平成・令和　　年度 |
| 送付先 | □自宅  □勤務先の市町担当課  （クラブ名：　　　　　　　　　市町名：　　　　　）  □その他  　郵便番号：  　送付先： |

【提出書類等】

　本人確認書類の写し（運転免許証やマイナンバーカードの写し等）

○個人情報の取扱いについて

(1) 本申請書に記載いただいた氏名、住所その他の個人情報及び資格認定に関する記録は、佐賀県において、放課後児童支援員認定資格研修に関する業務とこれらに付随する業務を行うために使用するほか、こども家庭庁への資格認定者情報の報告及び地方公共団体間の相互の利用・提供のために使用します。

(2) 個人情報は、上記以外は原則として第三者に開示しません。ただし、法律上開示する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】

○送付先　〒840-8570　佐賀県佐賀市城内１丁目１番59号

　　　　　　　　　　　　　　佐賀県健康福祉部男女参画・こども局

　　　　　　　　　　　　　　こども未来課　保育幼稚園担当　　宛

　　　○問合せ先　佐賀県健康福祉部男女参画・こども局こども未来課保育幼稚園担当

　　　　　　　　　TEL：0952－25－7616　FAX：0952－25－7339

　　　　　　　　　E-mail：[hoikuyouchien@pref.saga.lg.jp](mailto:hoikuyouchien@pref.saga.lg.jp)