

Transcript Request Form

Name _____ Phone _____

Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Email _____

Other name(s) under which you received **thread** training (maiden name, nicknames), if different:

Reason for transcript request:

- Licensing Requirement Child Development Associate (CDA) Credential

Preferred method to receive transcripts by:

- Mailed Emailed Faxed

Dates of Training Record(s) Needed: (please check one)

- All (for all records) From _____ to _____ (records in specific date range)

Please release my **thread** training transcript to the following individual(s)/agency:

Name _____

Mailing Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Email _____ Fax _____

*NOTE: Transcripts will be released within **10 business days** of your request.
Transcripts **will not** be released if outstanding payments are due.*

By signing below, I authorize **thread** to release my transcript to the above mentioned individual(s)/agency.

Signature

Date

Please submit your completed Transcript Request Form to the appropriate **thread office noted below:**

Southcentral Alaska
3350 Commercial Drive, Suite 203
Anchorage, AK 99501
Tel: 907.265.3100
Toll Free: 800.278.3723
Fax: 907.265.3191

Southeast Alaska
3200 Hospital Drive, Suite 204
Juneau, AK 99801
Tel: 907.789.1235
Toll Free: 888.785.1235
Fax: 907.789.1238

Northern/Interior Alaska
1908 Old Pioneer Way
Fairbanks, AK 99709
Tel: 907.479.2214
Toll Free: 866.878.2273
Fax: 907.479.2486

Formulario de Solicitud de Transcripción

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo electrónico _____

Otro nombre (s) en virtud del cual recibió entrenamiento **thread** (nombre de soltera, apodos), si es diferente:

Motivo de la solicitud de transcripción:

- Requisito Licencias Child Development Associate (CDA) Credencial

El método preferido para recibir las transcripciones por:

- Por correo Por Coreo Electronico Fax

Las Fechas de Registro(s) Necesario: (marque uno)

- Todos De _____ a _____ (registros en rango de fechas específico)

Por favor, liberar mi certificado de entrenamiento **thread** a lo siguiente (s) agencia individual:

Nombre _____

Dirección De Envío _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Email _____ Fax _____

NOTA: Las transcripciones se dará a conocer dentro de los **10 días hábiles** siguientes a su solicitud. Las transcripciones **no** serán liberadas si los pagos pendientes se deben.

Al firmar abajo, autorizo **thread** para liberar mi expediente a la persona antes mencionada(s)/agencia.

Firma

Fecha

Envíe su formulario de solicitud de transcripción completo a la oficina correspondiente que se indica a continuación: