

認定特定行為業務従事者認定証 原本証明申請書

年 月 日

地方局健康福祉環境部地域福祉課長 様

住所

氏名 印

電話番号

介護福祉士登録証の付記申請を行うため、別添の認定特定行為業務従事者認定証の写しに原本証明をお願いします。

認定特定行為業務従事者認定証登録番号				
登録年月日			年 月 日	
ふりがな				
氏名	(姓)	(名)	生年月日	年 月 日

(注意)

既に、認定特定行為業務従事者として喀痰吸引等の行為を行っている方は、(公財)社会福祉振興・試験センターへ介護福祉士登録証に係る実地研修済の行為の申請を行わなくとも引き続き喀痰吸引等の行為が可能です。