

【記載例】

(認定様式5)

受付番号

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

茨城県知事 殿

認定特定行為業務従事者認定証 変更届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第11条に定める認定特定行為業務従事者の認定について、認定を受けた内容を変更するため届け出ます。

認定証登録番号	0	8	1	2	3	4	5	6	7
申請者	フリガナ	イバラキ ハナコ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日					
	氏名	茨城 花子	性別	男・女					
	住所	(〒310-8555) 茨城 都道 水戸 市 区 笠原町 978-6 府 県 町 村							
	電話番号	029-301-1111							
変更が発生する事項		変更内容の概要							
○	1. 申請者氏名	(変更前) 〒310-0011 水戸市三の丸 1-5-38 (前住所) 水戸 花子 (旧姓の氏名)							
○	2. 申請者の住所	(変更後) 〒310-8555 水戸市笠原町 978-6 (現住所) 茨城 花子 (新姓の氏名)							
	3. 喀痰吸引等研修を修了した特定行為(※)								
変更年月日 ※入籍日等変更発生日		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日							

※ 認定証の書換えを伴うもの

備考1 「認定証登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

2 変更が発生する項目に「○」を記載してください。

3 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載してください。

4 認定特定行為業務従事者認定証(原本)を添付してください。また認定証の写しは保管してください。

5 氏名を変更する場合は、戸籍抄本(コピー不可)と再交付申請書(認定様式6)を提出してください。

6 住所を変更する場合は、住民票(コピー不可)を添付してください。

7 喀痰吸引等研修を修了した特定行為を変更する場合は、交付申請一覧表、認定様式1、住民票(コピー不可)、認定様式2、研修修了証明書の写しを添付してください。