

【記載例】

(様式 7)

受付番号	
------	--

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4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	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								
	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					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 (様式 8) 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、様式 5-1、住民票 (コピー不可)、様式 5-3、研修修了証明書の写しを添付してください。