

(様式 7)

受付番号

年 月 日

鹿児島県知事 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											
申請者	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏名										
	住所	(〒 -)									
		都 道			市 区						
	府 県			町 村							
電話番号											
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)									
2. 申請者の住所		(変更後)									
3. 喀痰吸引等研修を修了した特定行為											
変更年月日						年 月 日					

- 備考 1 「受付番号」の欄には記載しないでください。
2 「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。
3 変更が発生する項目に「○」を記載してください。
4 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。
5 認定特定行為業務従事者認定証（写）を添付してください。
6 その他、変更内容が分かる書類（住民票の写し等）を添付してください。
7 変更に伴い、認定特定行為業務従事者認定証の再交付を希望する場合は、「特定認定行為業務従事者認定証再交付申請書」（第8号様式）も併せて提出してください。