

第7号様式（第7条関係）

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（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第14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	Ⓜ					性別	男 ・ 女						
	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。  
 8 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。