

## 認定特定行為業務従事者認定証原本証明申請書

原則、郵送日

年 月 日

鹿児島県保健福祉部

高齢者生き生き推進課介護保険室長 殿

認定証ご本人の現在の氏名

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

下記の事由により、認定特定行為業務従事者認定証の原本証明を申請します。

記

## 認定証に記載のあるとおりに記入

登録番号	4	6	-		-						
登録年月日	(和暦) 年 月 日										
フリガナ	カタカナで記入										
登録氏名	認定証に記載がある氏名										
現住所	〒 -										
電話番号	日中連絡の取れる電話番号 ※いずれか										
	携帯電話番号						勤務先の電話番号				
原本証明申請の理由											

添付書類

↑必ず記入してください。

- ① 認定特定行為業務従事者認定証の原本
- ② 返信用封筒角2号 (送付先の住所及び氏名記載、郵便料金分の切手貼付)
- ③ 戸籍抄本の写し (氏名変更により認定証と申請者の氏名が異なる場合)

注意：「返信用封筒 角2号」とは、A4用紙を折り曲げないで入る大きさです。