|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

認定特定行為業務従事者認定証 原本証明願

　　年　　月　　日

広島県知事　　様

次のとおり、公益財団法人介護福祉振興・試験センターへ提出するために認定特定行為業務従事認定証の原本証明をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定証登録番号 | ３ | ４ |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　　 | 生年月日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和　年 　月 　 日 |
| 氏　名 | 　　 |
| 住　所 | （〒　　　　-　　　）　　 |
| 電話番号 |  |
| 勤務先事業所 |  |
| 申請事由(該当の項目に✓) | ☐　介護福祉士国家試験受験資格確認書類として提出☐　介護福祉士登録証へ喀痰吸引等の特定行為を付記するため |

|  |
| --- |
| 「証明書」貼付欄 … 手数料納付後の「 証明書 」を横向きに貼付してください。 |