

年 月 日

愛知県福祉局福祉部地域福祉課長 殿

申立者

住 所(〒 -)

氏 名

電話番号

介護福祉士登録証申請を行うため、別添の認定特定行為業務従事者認定証の写しに原本証明をお願いします。

認定特定行為業務従事者認定証登録番号				
登 録 年 月 日			年 月 日	
ふりがな			生年月日	年 月 日
氏 名	(姓)	(名)		

(注意)

既に、認定特定行為業務従事者として喫煙吸引等の行為を行っている方は、(公財)社会福祉振興・試験センターへ介護福祉士登録証に係る実地研修済の行為の申請を行わなくとも引き続き喫煙吸引等の行為が可能です。