（様式７）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

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(変更後) | フリガナ |  | 生年月日 | （和暦）　年　 月 　日 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 性　　別 |  |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　　）兵庫県　　　　　　　市・郡　　　　　　　区・町 |
| 電話番号 |  |
| 事業所名 |  | サービス名 |  |
| 変更が発生する事項 | 変更内容の概要 |
|  | １．申請者の氏名 | （変更前）（変更後） |
|  | ２．申請者の住所 |
|  | ３．その他 |
| 変更年月日 | 令和　　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　「事業所名」「サービス名」は、現在勤務されており、喀痰吸引等の行為を行っている事業所・施設名及び実施サービス名を記載してください。

４　変更が発生する項目に「○」を記載してください。

　５　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。

　６　住所変更の場合は、認定特定行為業務従事者認定証（写）と、住民票の原本（マイナンバー記載なし、発行日から3ヵ月以内のもの）を添付してください。

　７　申請者の氏名変更の場合は、氏名を変えて再交付しますので、認定証（原本）、氏名が変わったことがわかる書類（例：戸籍抄本、新旧の記載ある運転免許証のコピー等）、返信用封筒（住所、氏名を記載し、必要分切手貼付の上）を添付してください。

８　「その他」の変更は、変更内容が分かる書類（住民票 等）を添付してください。