

記入例

(元号) ○年○月○日

山形県健康福祉部高齢者支援課長 殿

住所 山形市松波二丁目 8-1
氏名 山形 太郎
電話番号 012-345-6879

認定特定行為業務従事者認定証原本証明申請書

介護福祉士の「実地研修を修了した喀痰吸引等行為」の登録申請のため、別添の認定特定行為業務従事者認定証の写しが原本と相違ないことを証明してくださいようお願いします。

認定特定行為業務従事者認定証登録番号	06100●●●●
登録年月日	平成●●年●月●日
氏名	山形 太郎
生年月日	昭和●●年●月●日

(裏面)

【注意事項】

- 1 介護福祉士の喀痰吸引等の資格登録のために公益財団法人社会福祉振興・試験センターに申請する場合は、山形県が原本証明した『認定特定行為業務従事者認定証』の写しが必要です。
- 2 この申請書によって山形県に原本証明を申請する場合は、次の書類を添付のうえ、下記担当あてに提出してください。
 - (1) 認定証の写し（コピー） 2部
 - (2) 返送先の住所を記載した返信用封筒 1部
(返送に必要な切手貼付のこと)

【申請・問合せ先】

〒990-8570 山形市松波二丁目8-1
山形県健康福祉部高齢者支援課 介護指導担当
TEL：023-630-3123

- 3 申請手数料は不要です。なお、返送まで2週間程度かかる場合がありますので、予め御承知おきください。