

別記様式 6

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 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11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	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏名							性別	男 ・ 女		
	住所	(〒 -)						都 道 市 区	府 県 町 村		
	電話番号										
変更が発生する事項							変更内容の概要				
1. 申請者氏名							(変更前)				
2. 申請者の住所							(変更後)				
変 更 年 月 日							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 変更が発生する項目に「○」を記載してください。
- 4 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。
- 5 認定特定行為業務従事者認定証（写）を添付してください。
- 6 その他、変更内容が分かる書類（マイナンバーを記載していない住民票の写し等）を添付してください。