

(様式7)

受付番号	
------	--

年 月 日

長崎県知事 殿

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	フリガナ											生年月日	年 月 日							
	氏名																			
	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。
- 「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。
 - 変更が発生する項目に「 」を記載してください。
 - 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。
 - 認定特定行為業務従事者認定証(写)を添付してください。
 - その他、変更内容が分かる書類(市区町村が発行した「住民票の写し」の原本等)を添付してください。