原　　本　　証　　明　　願

平成　　年　月　日

(あて先)秋田県知事　佐竹　敬久

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　介護福祉士の「実地研修を修了した喀痰吸引等行為」の登録申請のため必要ですので、この認定証の写しは、社会福祉士及び介護福祉士法附則第４条第１項に規定する認定特定行為業務従事者認定証に該当することを証明してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|  特定行為種別 |  |
|  認定証交付年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  氏名 |  |
|  生年月日 |  　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

備考1　認定特定行為業務従事者認定証(写)を2部添付してください。

備考2　用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。

　(注意)

　既に、認定特定行為業務従事者として喀痰吸引等の行為を行っている方は、(公財)社会福祉振興・試験

　センターへの介護福祉士登録証に係る「実地研修を修了した喀痰吸引等行為」の登録申請を行わなくと

　も、引き続き認定特定行為業務従事者として喀痰吸引等の行為が可能です。