|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

年　　　　月　　　日

北　海　道　知　事　様

認定特定行為業務従事者認定証　原本証明申請書

　　次のとおり、認定特定行為業務従事者認定証の原本証明をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定証登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　 月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | （〒　　　　　-　　　　　　　）　北海道　　　　　　　　　　　市　町　村 |
| 電話番号 | 日中連絡のとれる、いずれかの電話番号 |
| 自宅または携帯電話番号 | 勤務先の電話番号 |
| 原本証明が必要な理由（該当の数字に○） | １　介護福祉士国家試験受験資格確認書類として提出２　介護福祉士登録証へ実施する喀痰吸引等行為を付記するため３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※　認定特定行為業務従事者認定証の写し（両面印刷、２部）を添付して提出してください。

※　現在の氏名が認定証と異なる場合は、認定証の書換えが必要になりますので、「喀痰吸引等業務に係る登録申請等手続き等の手引き」の12ページをご覧いただき、必要書類を提出してください。