年　　　月　　　日

　福島県保健福祉部高齢福祉課長

申立者

住　　所（〒　　　－　　　　）

氏　　名

電話番号

　介護福祉士登録証への「実地研修を修了した喀痰吸引等行為」の登録申請を行うため、別添の認定特定行為業務従事者認定証（喀痰吸引等研修修了証明書）の写しに原本証明をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 認定特定行為業務従事者認定証登録番号（修了証明書登録番号） |  |
| 登　　録　　年　　月　　日（修了証明書発行年月日） | 年　　月　　日 |
| ふりがな |  |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　日 |
| 氏　名 | (姓) | (名) |

（注意）

介護福祉士登録証への「実地研修を修了した喀痰吸引等行為」の登録申請は任意です（義務ではありません）。

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・試験センターへ申請を行わなくて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。