

(様式 4 - 2)

(表面)

認定特定行為業務従事者認定証

(省令別表第一号、第二号研修修了者)

本籍地

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

特定行為種別

上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 3 条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。

年 月 日

法人名

代表者名

㊟

〇〇〇〇（認定証交付事務受託機関名）は社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 5 条に定める認定証交付事務受託機関として、△△△県知事が認めた認定特定行為業務従事者認定証の交付機関である。

年 月 日

△△△県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 1) この認定証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この認定証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この認定証は新たな認定証の交付をうけたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。