

(様式10-1)

業務停止処分に関する都道府県間連絡通知

年 月 日

(当該従事者へ認定証を発行した都道府県の) 知事 殿

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について、以下の事由により特定行為の業務停止を命じることとしたため、連絡します。

認定 取消 対象 者	認定証登録番号		交付年月日			
	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名				性別	男・女
	住所	(郵便番号	—)	都 道	市 区
					府 県	町 村
	電話番号					
取消事由 該当区分	取消事由					
		1. 法附則第四条の各号(第五号を除く)に該当するため				
		2. 特定行為の業務に関し不正の行為があったため				
		3. 虚偽又は不正の事実に基づいて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けたため				
		4. その他				
取消理由						

年 月 日

(当該従事者が居住する都道府県の) 知事 ㊦