

(様式 11)

受付番号

年 月 日

知事 殿

認定特定行為業務従事者 認定辞退届出書

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の認定について、次のとおり辞退したいので届け出ます。

認定証登録番号											
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											
認定を受けた年月日	年 月 日			認定を辞退する予定年月日	年 月 日						
認定を辞退する理由											

- 備考 1 認定を辞退する日の一月前までに届け出てください。
- 2 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修（特定の者対象の研修）を修了した者であり、複数の対象者に対して認定を受けているものにあつては、その認定証ごとに届出書を作成してください。
 - 3 「受付番号」欄には記載しないでください。
 - 4 「認定証登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
 - 5 認定特定行為業務従事者認定証を添付して下さい。