

別記様式 1 1

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 様

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11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。