

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 様

認定特定行為業務従事者 死亡等届出書

届出者

氏名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

連絡先電話番号: \_\_\_\_\_

届出者と認定特定行為業務従事者との関係 (該当するものに)

本人  同居の家族

法定代理人 (具体的にご記載ください: \_\_\_\_\_ )

その他 (具体的にご記載ください: \_\_\_\_\_ )

社会福祉士及び介護福祉士法附則第 1 1 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	
認定を受けた年月日	年 月 日			届出事由が生じた年月日			年 月 日		
届出の内容 ※右のいずれかに○	1 死亡し、又は失踪の宣告を受けた 2 法附則第 1 1 条第 3 項第 1 号に該当するに至った 3 法附則第 1 1 条第 3 項第 2 号から第 4 号までのいずれかに該当するに至った								
上記 2 法附則第 1 1 条第 3 項第 1 号に該当するに至った場合、右欄に記載	心身の故障により業務に生じている支障について、具体的な内容をご記載ください。								
	上記に記載した業務への支障の原因と考えられる心身の故障の状態及び回復可能性等に関する医師の診断書等の証明書類を添付ください。その際、以下の記入欄に書類の概要をご記載ください。								

- 備考 1 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。
- 2 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 3 「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。

添付書類

- 1 認定特定行為業務従事者認定証 (届出内容が 1 の場合のみ)
- 2 届出内容が 1 の場合は戸籍抄本、住民票の写し (除票)、死亡診断書等、事実を確認できるもの
- 3 届出内容が 2 の場合は医師の診断書等の証明書類
- 4 届出内容が 3 の場合は確定判決書の写し等、事実を確認できるもの