附則様式第6号(附則第6項関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

認定特定行為業務従事者認定証再交付申請書

(フリガナ)

申請者氏名

連絡先電話番号(　　　　　　　)

　認定特定行為業務従事者認定証の再交付を受けたいので、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

1　認定年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

2　認定証登録番号　　　　　　　　　　　　第　　　　　　　号

3　再交付申請の理由