年　　　月　　　日

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長　様

申請者

住　所

氏　名

電話番号

（昼間連絡の取れるところ）

別添（写し）に原本証明をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 原本証明を希望する書類等の名称 | （　　）認定特定行為業務従事者認定証  （　　）喀痰吸引等研修修了証明書 | |
| 原本証明を希望する理由 | （　　）介護福祉士登録申請  （　　）介護福祉士国家試験受験申込み | |
| 発行年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 登録番号または証明書番号 |  | |
| ふりがな |  |  |
| 氏　名 | （姓） | (名) |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |

※持参の場合：本依頼文書と併せて、証明を希望する「認定特定行為業務従事者認定証」または「喀痰吸引等研修修了証明書」の**原本**および**写し（１部）**を提出すること。

※郵送の場合：本依頼文書と併せて、証明を希望する「認定特定行為業務従事者認定証」または「喀痰吸引等研修修了証明書」の**写し（１部）**、返信先の住所を記載した返信用封筒**（１１０円切手貼付）**を提出すること。