（認定様式第１２号）

　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

認定特定行為業務従事者認定証 原本証明申請書

　介護福祉士登録証への喀痰吸引等行為登録申請のために必要となるため、下記の認定特定行為業務従事者認定証について、原本証明を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 登録年月日 |  |
| 認定証登録番号 | 第　　　　　　　　　　　 号 |

※認定特定行為業務従事者認定証の写しを２部添付してください。