年　　月　　日

原本証明願

奈良県医療・介護保険局地域包括支援課長　殿

 別添の書類に原本証明をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 |   |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　－  |
| 電話番号 |  |
| 証明書類※該当する項目に☑をつけて下さい |  □　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 |
| 登録番号 | 認定証：修了証：長寿　又は　長福　又は　地包支　第　　号の　　　　 |

備考：　証明依頼される「認定特定行為業務従事者認定証」又は「喀痰吸引等研修修了証明書」の写しを２部と、返信用封筒［原本証明書類送付用］(切手を貼付し、送付先の住所氏名を記載したもの）を添付してください。

　　　　　送付先：〒630-8501　奈良市登大路町30

奈良県地域包括支援課　福祉人材確保・育成係

備考：　既に、認定特定行為業務従事者として喀痰吸引等の行為を行っている方は、(公財)社会福祉振興・試験センターへの介護福祉士登録証に係る「実地研修を修了した喀痰吸引等行為」の登録申請を行わなくとも、引き続き認定特定行為業務従事者として喀痰吸引等の行為が可能です。