

年 月 日

長崎県知事 殿

認定特定行為業務従事者 認定証返納届

社会福祉士及び介護福祉士法附則第 4 条第 1 項の認定特定行為業務従事者認定証を返納したいので、次のとおり届け出ます。

|                    |   |  |  |           |       |       |  |  |  |
|--------------------|---|--|--|-----------|-------|-------|--|--|--|
| 認定特定行為業務従事者認定証登録番号 |   |  |  |           |       |       |  |  |  |
| フリガナ<br>氏 名        |   |  |  |           | 生年月日  | 年 月 日 |  |  |  |
| 住 所                | ( 郵便番号 - )<br>都 道 市 区<br>府 県 町 村  |  |  |           |       |       |  |  |  |
| 認定証の交付年月日          | 年 月 日   |  |  | 認定証の返納年月日 | 年 月 日 |       |  |  |  |
| 認定証を返納する理由         | 1 認定証の再交付申請後、紛失した認定証を発見した<br>2 特定業務の停止又は認定証の返納を命じられた<br>3 死亡した(失踪の宣告を受けた)<br>4 心身の故障により特定行為業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるものに該当した<br>5 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者となった<br>6 社会福祉士及び介護福祉士法その他社会福祉士及び介護福祉士法施行令附則第3条で定める法律の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から2年を経過しない者となった<br>7 その他(具体的に: ) |  |  |           |       |       |  |  |  |
| 届出者                | 1 本人<br>2 戸籍法に規定する届出義務者<br>3 同居の親族<br>4 法定代理人(具体的に: )<br>5 その他(具体的に: )  |  |  |           |       |       |  |  |  |
| 届出者の連絡先            |   |  |  |           |       |       |  |  |  |

備考

「認定証を返納する理由」と「届出者」欄には、該当する番号に を記入してください。

添付書類

- 1 認定特定行為業務従事者認定証
- 2 返納理由が3の場合は戸籍抄本、市区町村が発行する「住民票の写し」の原本(除票)、死亡診断書等、事実を確認できるもの
- 3 返納理由が4の場合は心身の故障に係る届出書(様式4-3-1)及び医師の診断書等の証明書類
- 4 返納理由が5または6の場合は確定判決書の写し等、事実を確認できるもの