（様式１１）

受付番号	

年　月　日

長崎県知事　殿

認定特定行為業務従事者 認定辞退届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第４条に定める認定特定行為業務従事者の認定について、次のとおり辞退したいので届け出ます。

認定証登録番号										
フリガナ										
氏名										
生年月日	年　月　日									
住所	（郵便番号　　-　　） 都　道　　市　区 府　県　　町　村									
電話番号										
認定を受けた年月日	年　　月　　日									
認定を辞退する予定年月日	年　　月　　日									
認定を辞退する理由										

備考１　認定を辞退する日の一月前までに届け出てください。

２　社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修（特定の者対象の研修）を修了した者であり、複数の対象者に対して認定を受けているものにあっては、その認定証ごとに届出書を作成してください。

３　「受付番号」欄には記載しないでください。

４　「認定証登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

５　認定特定行為業務従事者認定証を添付して下さい。