別記様式第２２号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 認定特定行為業務従事者認定証再交付申請書年　　月　　日　　群馬県知事　あて　認定特定行為業務従事者認定証の再交付を受けたいので、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第８条第１項の規定により、次のとおり申請します。 |
| 認定証登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申　　請　　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備考　１　「受付番号」欄は、記載しないでください。　２　「認定証登録番号」欄は、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。　３　認定特定行為業務従事者認定証を汚損した場合にあっては、当該認定特定行為業務従事者認定証を添付してください。 |