（様式１０ ）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　兵庫県知事　様

**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11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 |  | 生年月日 | （和暦）　　　　　年　　 月 　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | （郵便番号　　　　-　　　　　）　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　　　　市　区　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　町　村 |
| 電 話 番 号 |  |
| 対象者氏名（特定の者のみ） |  |
| 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ヶ月前までに届け出てください。

　　２ 「受付番号」欄には記載しないでください。

　　３ 「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。

　　４　認定特定行為業務従事者認定証は、返納となりますので、原本を添付してください。