（様式第１号）

　　年　　月　　日

認定介護福祉士認証・認定機構

　機構長　殿

　下記書類を添えて、認定介護福祉士の認定を申請します。

　下記の書類の記載内容について、事実に相違はありません。

介護福祉士登録番号：

　　　　　　申請者：　　　　　　　　　　　㊞

申請者の現住所：〒　　－

電　話：

ＦＡＸ：

E-mail：

記

○別紙１：認定介護福祉士　認定介護福祉士認定申請書

○添付書類一覧

　　・　介護福祉士登録証の写し

　　・　認定介護福祉士研修として認証された研修の修了証の写し

　　・　審査料（２万円）を振り込んだことが分かる証明書類の控

　上記の書類のうち「氏名」「勤務先」「所属する職能団体名」等について、認定介護福祉士として情報開示に同意します。

※　記載内容に誤りがあった場合には、認定介護福祉士認証・認定機構は、記載者に対して修正指示、調査、認定の取り消しができるものとします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 |  |
| 確認 |  |
| 委員付託 |  |
| 追加連絡 |  |
| 運営委員会承認 |  |
| 認定番号 |  |

<機構使用欄>

（別紙１）認定介護福祉士認定

※申請受付番号

（※は記入しないでください）

認定介護福祉士認定申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| （ふりがな）申請者氏名 | 　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生年月日（満年齢） | 　昭和・平成　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 性別 | 　　男　・　女　　（○を付けてください） |
| 自宅住所同　Tel・Faxメールアドレス | 〒　　－Tel：（　　　　）－（　　　　）－（　　　　）Fax：（　　　　）－（　　　　）－（　　　　）E-mail：　　　　　　　　＠ |
| 勤務先・所属職名 |  |
| 勤務先住所同　Tel・Faxメールアドレス | 〒　　－Tel：（　　　　）－（　　　　）－（　　　　）Fax：（　　　　）－（　　　　）－（　　　　）E-mail：　　　　　　　　＠ |
| 連絡先 | □自宅　・　□勤務先　（どちらかの□に✔を付けてください） |
| 所属する職能団体名 |  |
| 介護福祉士登録注 | 登録番号：第　　　 　号　登録年月日：平成　　年　　月 |

注　介護福祉士の登録証の写しを添付してください。