認定特定行為業務従事者の死亡等の届出様式

　　　　年　　月　　日提出

島根県知事　様

次の者について、下記のとおり、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第８条の２の規定に基づいて届け出ます。

氏名：

　住所：

連絡先電話番号：

（１）届出の対象となる者

|  |  |
| --- | --- |
| 資　　格 | 認定特定行為業務従事者 |
| （フリガナ）  氏　　名 |  |
|  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 登録番号 |  |

（２）届出の事由（該当する事項に○）

死　亡　・　失踪宣告

（３）事由（死亡・失踪宣告）発生の年月日

　　　　　　　　年　　　月　　　日

（３）認定特定行為業務従事者認定証を添付できない場合はその理由

（４）　届出者と（１）に記載した者との関係（該当するものに☑）

□　同居の親族

□　法定代理人（具体的にご記載ください：　　　　　　　　　　　）

□　その他（具体的にご記載ください：　　　　　　　　　　　）

備考　　認定特定行為業務従事者認定証（原本）を添付してください