

令和 年 月 日

公益財団法人介護労働安定センター徳島支部

支部長 島田 正史 殿

法人名 _____
 施設・事業所名 _____
 住 所 _____
 代表者名 _____ 印

認定特定行為業務従事証明書

下記の者が、あなたの吸引等研修事業（第一号研修・第二号研修）（特定行為追加コース）の申込み時において、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として、当施設（事業所）の認定特定行為業務に従事していることを証明します。

記

証 明 す る 者			
フリガナ			
氏 名	印	生年月日	S・H 年 月 日生