

(様式 11-2)

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 殿

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： \_\_\_\_\_ (印)

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： \_\_\_\_\_ )

以上