

(様式第3号)

年 月 日

一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構
理事長 殿

下記書類を添えて、認定介護福祉士の更新を申請します。
下記の書類の記載内容について、事実と相違はありません。

介護福祉士登録番号： _____

認定介護福祉士認定番号： _____

申請者： _____ 印

申請者の現住所： 〒 _____

電話： _____

F A X： _____

E-mail： _____

記

○別紙1：認定介護福祉士 認定介護福祉士更新申請書

○添付書類一覧

- ・認定介護福祉士の認定証の写し（2回目以降の更新の場合は、更新認定証の写し）
- ・介護福祉士登録証の写し
- ・認定介護福祉士更新研修の修了証の写し
- ・実務経験証明書
- ・研修等における講師及び学会等での発表等の実績履歴書、若しくは、追加更新研修の修了証の写し

上記の書類のうち「氏名」「勤務先」「所属する職能団体名」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する。

以上

〈機構使用欄〉

| | |
|-------|--|
| 受付 | |
| 確認 | |
| 委員付託 | |
| 追加連絡 | |
| 理事会承認 | |
| 認定番号 | |

(別紙1) 認定介護福祉士更新

※申請受付番号

(※は記入しないでください)

認定介護福祉士更新申請書

| | |
|-------------------------|--|
| 申請年月日 | 年 月 日 |
| (ふりがな) 申請者氏名 | () ⑤ |
| 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 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 |
| 介護福祉士登録 ^{注1} | 登録番号：第 号 登録年月日： 年 月 |
| 認定介護福祉士認定 ^{注2} | 認定番号：第 号 登録年月日： 年 月 |
| 認定介護福祉士更新 ^{注3} | 認定番号：第 号 更新年月日： 年 月 |

注1 介護福祉士の登録証の写しを添付してください。

注2 認定介護福祉士の認定証の写しを添付してください。

注3 2回目以降の更新の場合は、認定介護福祉士の更新認定証の写を添付してください。