

(様式18-2)

(表面)

認定特定行為業務従事者認定証
(経過措置・特定の者対象)

本籍(国籍)

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

特定行為種別

_____氏に対する_____の行為
に限る。

上記の者は、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成23年法律第72号)附則第14条に定める認定特定行為業務従事者(経過措置対象者)であることを証明する。

年 月 日

△△△県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 1) この認定証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この認定証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この認定証は新たな認定証の交付を受けたとき、登録名簿の移転等によって資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。