

**※特定の場合、手数料不要**

**（様式８）**

**提出先：障がい福祉室　生活基盤推進課　指定・指導グループ**

**認定特定行為業務従事者認定証 再交付申請書**

１　登録年月日　　　 　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

２　認定証登録番号　　　　　　　　　　　第　　　　　　　　　号

３　再交付申請の理由

　上記により、認定特定行為業務従事者認定証の再交付を申請します。

　　　　　　　申　　請　　日　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　 　　フ リ ガ ナ

　　　　　　　氏　　 　　 名

生　年　月　日　　　　　　　　年　　　月　　　日生

電　話　番　号　　　　　（　　　　）

　　　　　　　現住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大阪府知事様

※コンビニ納付により手数料の納付手続きを行った場合は「大阪府手数料納付済証」を添付して下さい