（様式第１号）

　　年　　月　　日

認定介護福祉士認証・認定機構

　機構長　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、事実に相違はありません。

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：

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

　　・　認定介護福祉士の登録証と写し（２回目以降の更新の場合は、更新登録証の写し）

　　・　介護福祉士登録証の写しと認定介護福祉士更新研修の修了証の写し

　　・　実務経験等証明書

　　・　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、論文又は実践レポート、追加更新研修の修了証の写しなど

　　・　その他　（審査料（２万円）を振り込んだことが分かる証明書類）

　上記の書類のうち「氏名」「勤務先」「所属する職能団体名及び学会」等について、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します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 |  |
| 確認 |  |
| 委員付託 |  |
| 追加連絡 |  |
| 運営委員会承認 |  |
| 認定番号 |  |

<機構使用欄>

（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 | （　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |
| 生年月日（満年齢） | 年　　　月　　　日 | | | |
| 性別 | 男　・　女 | | | |
| 自宅住所  同　Tel・携帯・メールアドレス | 〒　　―  Tel：（　　　）―（　　　）―（　　　）  携帯番号：（　　　）―（　　　）―（　　　）  Mail： | | | |
| 勤務先・所属 |  | | | |
| 種別 |  | | | |
| 職名 |  | | | |
| 勤務先住所  同　Tel・メールアドレス | 〒　　―  Tel：（　　　）―（　　　）―（　　　）  Mail： | | | |
| 連絡先  ※機構からの郵便物送付先 | □自宅　・　□勤務先 | | | |
| メールアドレス  ※機構からのメール送付先 | □自宅・□勤務先 | ＠ | | |
| 所属する職能団体及び学会 |  | | | |
| 介護福祉士登録注1 | 登録番号：第　　―　　　　号　登録年月日：　　　　年 | | | |
| 認定介護福祉士登録注2 | 登録番号：　　　　　　　　登録年月日： 　年　月　日 | | | |
| 認定介護福祉士更新注3 | 登録番号：第　　　　号　登録年月日：　　　　年　月 | | | |
| 介護福祉士会会員番号注4 |  | | 所属都道府県 |  |

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　認定介護福祉士の登録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登録証の写しを添付してください。

注４　日本介護福祉士会非会員の方は空欄で構いません