

「氏名」・「本籍地の都道府県名」の変更（「登録事項変更届出書」の手続き）

2 提出書類

ア	登録事項変更届出書	
イ	下記アまたはイのいずれか1通 ア 戸籍の個人事項証明書の原本 イ 戸籍抄本の原本	(外国の国籍の方の場合) 下記「ア」と「イまたはウ」の計2通 ア 変更前の内容が確認できる公的な書類のコピー イ 中长期在留者、特別永住者：「国籍等を記載した」住民票の原本 ウ 短期滞在者：パスポートその他の身分を証する書類のコピー
ウ	貼付用紙（郵便局等で払い込み、振替払込受付証明書を貼付用紙にはり付け） 登録証の再交付等の手続きを同時に行った場合であっても払込金額は変わりません。	
エ	登録証の原本	

ア 登録事項変更届出書の記入例

※ボールペンで記入してください。

① **登録証に記載している登録年月日、登録番号、氏名、生年月日（元号にチェック）を記入する。**
登録証を紛失し、登録年月日、登録番号が不明な場合は、記入しない。

② **戸籍の個人事項証明書等に記載されている変更前と変更後の氏名・本籍地、変更年月日を記入する。**

③ **登録証に変更前の姓の併記を希望する場合に限りチェックする。**
登録証の氏名に変更がなく、旧姓の併記を希望する場合は、変更前のみ氏名を記入して、チェックする。

④ **5～6ページを確認して、該当する場合に限りチェックする。**
該当しない場合はチェックしない。

⑤ **試験センターに届け出ている住所と現在の住所が異なる場合は、住所変更の有にチェックして、現在の住所を記入する。**
変更していない場合は、現在の住所を記入する。
現在の氏名及び電話番号を記入する。

⑥ **登録証を紛失し、送付できない場合は、その理由を記入する。**
記入がない場合は、交付（郵送）できません。

登録事項変更届出書

（「氏名」・「本籍地の都道府県名」が変更した場合に届け出てください。）

・登録証の記載内容をご記入ください。	資格	介 護 福 祉 士		
	登録年月日	<input type="checkbox"/> 平成	<input checked="" type="checkbox"/> 令和	2年4月15日
	登録番号	第	〇〇〇〇〇	号
	フリガナ	フクシ アイ		
氏名	福祉 愛			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	55年5月5日生

1 社会福祉士及び介護福祉士法第42条第1項の登録事項に下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

登録事項	変更前	変更後	変更の年月日	備考
本籍地の都道府県	千葉県	東京都	令和2年 4月22日	氏名及び本籍地の変更
フリガナ	フクシ	カイゴ		
氏名	福祉	介護		

・登録証に旧姓の併記を希望：希望する（希望しない場合はは不要）

2 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為（喀痰吸引等行為）のうち、実地研修を修了した行為を届け出ます（実地研修を修了していない場合はは不要）。

チェック欄	実地研修を修了した喀痰吸引等行為	
<input type="checkbox"/>	口腔内の喀痰吸引	※ <input checked="" type="checkbox"/> をした方は、実地研修修了証明書等の提出が必要です。（5～6ページ参照）
<input type="checkbox"/>	鼻腔内の喀痰吸引	
<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
<input type="checkbox"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
<input type="checkbox"/>	経鼻経管栄養	

公益財団法人社会福祉振興・試験センター理事長様

「氏名」	記入日	令和 2 年 4 月 30 日
「住所」の変更の有無に関わらず、すべて記入してください。	郵便番号	〒150-0002 住所変更： <input type="checkbox"/> 有（変更無の場合は <input checked="" type="checkbox"/> は不要）
	現住所	東京都渋谷区渋谷1-5-6 〇〇マンション〇号
氏名	介護 愛	
固定電話	03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 固定電話なし
携帯電話	090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 携帯電話なし

(注) 1 本籍の変更のため、市区町村に転籍届を提出した方のうち、都道府県を変更した方が、この登録事項変更届出書を提出してください（都道府県を変更しない本籍の変更の場合は、提出不要）。
2 現住所は、都道府県、市区町村、字、番地、〇〇方またはマンション名・室番号等を正しく記入してください。
3 登録証を紛失して送付できない場合は、その理由を下記に必ず記入してください。

(紛失理由) 引越しのときに、処分してしまったようで、何度も探したが見つからない。

イ 戸籍の個人事項証明書等

- ① 「国籍」欄が、「省略」と記載された「住民票」では受け付けできません。
- ② 「登録事項変更届出書の現住所」と「戸籍の個人事項証明書の住所」が異なっても、問題ありません。
- ③ 「旧姓併記」を希望する場合は、「旧姓から現在の氏名までが確認できる戸籍抄本等」を提出してください。

— 3 —

登録事項変更届出書

（「氏名」・「本籍地の都道府県名」が変更した場合に届け出てください。）

・ 登録証の記載内容をご記入ください。	資 格	介 護 福 祉 士			
	登録年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	登録番号	第	号		
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生

- 1 社会福祉士及び介護福祉士法第42条第1項の登録事項に下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

・ 戸籍の個人事項証明書等の記載内容をご記入ください。	登録事項	変更前	変更後	変更の年月日	備考
	本籍地の都道府県				
	フリガナ				
	氏 名				
・ 登録証に旧姓の併記を希望： <input type="checkbox"/> 希望する（希望しない場合は <input checked="" type="checkbox"/> は不要）					

- 2 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為（喀痰吸引等行為）のうち、実地研修を修了した行為を届け出ます（実地研修を修了していない場合はは不要）。

・ 実地研修修了証明書等の記載内容を <input checked="" type="checkbox"/> してください。	チェック欄	実地研修を修了した喀痰吸引等行為	※ <input checked="" type="checkbox"/> をした方は、 <u>実地研修修了証明書等の提出が必要です。</u> (5～6ページ参照)
	<input type="checkbox"/>	口腔内の喀痰吸引	
	<input type="checkbox"/>	鼻腔内の喀痰吸引	
	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
	<input type="checkbox"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
<input type="checkbox"/>	経鼻経管栄養		

公益財団法人社会福祉振興・試験センター理事長様

・ 「氏名」、「住所」の変更の有無に関わらず、すべて記入してください。	記入日	令和	年	月	日
	郵便番号	〒	—	住所変更： <input type="checkbox"/> 有（変更無い場合は <input checked="" type="checkbox"/> は不要）	
	現住所				
	氏 名				
	固定電話	—	—	<input type="checkbox"/> 固定電話なし	
	携帯電話	—	—	<input type="checkbox"/> 携帯電話なし	

- (注) 1 **本籍の変更のため、市区町村に転籍届を提出した方のうち、都道府県を変更した方が、この登録事項変更届出書を提出してください**（都道府県を変更しない本籍の変更の場合は、提出不要）。
 2 現住所は、都道府県、市区町村、字、番地、〇〇方またはマンション名・室番号等を正しく記入してください。
 3 **登録証を紛失して送付できない場合は、その理由を下記に必ず記入してください。**

(紛失理由)

介護福祉士喫煙吸引等行為の 登録申請をする場合の提出書類

- 下記①～③に該当する方は、『登録事項変更届出書』と、次ページの「厚生労働大臣指定研修課程修了付記申請書」の提出が必要です。

- ① 第 28 回（平成 28 年 3 月）までに介護福祉士国家試験に合格して、実地研修を修了した方。
- ② 平成 29 年 3 月 31 日までに介護福祉士養成施設を卒業して、実地研修を修了した方。
- ③ 平成 29 年 4 月 1 日から令和 4 年 3 月 31 日までの介護福祉士養成施設卒業業者で、経過措置による介護福祉士登録を受けた方であって、実地研修を修了した方。

厚生労働大臣指定研修課程修了付記申請書

※ この申請書の提出が必要な方

下記ア～ウのいずれかに該当する方で、「実地研修を修了した喀痰吸引等行為」の届け出をする場合に限り提出してください（届出要件は5～6ページ参照）。

ア 第28回（平成28年3月）までの試験合格者であって、実地研修を修了した方。

イ 平成29年3月31日までの介護福祉士養成施設卒業者であって、実地研修を修了した方。

ウ 平成29年4月1日から令和4年3月31日までの介護福祉士養成施設卒業者で、経過措置による介護福祉士登録を受けた方であって、実地研修を修了した方。

● 提出する際は、「実地研修修了を証する書類」も必要です。

私は、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附則第13条第3項（同条第11項において準用する場合を含む。）の規定に基づき厚生労働大臣が指定する研修を修了したので、申請します。

令和 年 月 日

公益財団法人社会福祉振興・試験センター理事長 様

（フリガナ）

氏 名： _____

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日生

固定電話： _____ - _____ - _____

携帯電話： _____ - _____ - _____

【留意事項】

- 1 日付には、この申請書を記入した年月日を記入してください。
- 2 「氏名」には、必ずフリガナも記入してください。
- 3 「生年月日」には、該当する元号に○を記入してください。
- 4 厚生労働大臣指定研修課程修了とは、都道府県の喀痰吸引等研修修了（第1号研修又は第2号研修に限る。）、又は養成課程の医療的ケア修了を指します。
5. **基本研修の修了だけでは申請できません。**