

## ホームページ選択結果（F）

- ・ 介護福祉士の登録者が、  
「喀痰吸引等行為の登録申請を希望する」及び「変更した登録証の交付を希望する」を選択しました。  
（登録証に「旧姓」や「通称」の併記を希望する場合も、この書類で行うことができます。）
- ・ 上記の選択結果に該当しない場合は、はじめから、やり直してください。

## 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。）

- ・ 赤枠で囲んだ箇所を記入してください。
- ・ 記載内容を訂正する場合は、二重線を引き、余白に正しく書き直してください。

① 登録証に記載している登録年月日、登録番号、氏名、生年月日を記入してください。

② 記載は不要です。

③ **希望しない場合は、記入は不要です。**  
氏名に変更がなく、旧姓等の併記を希望する場合は、旧姓名欄等のみに記入して、確認書類（「旧姓は戸籍の個人事項証明書」の『従前戸籍』に『旧姓』の記載があるもの、「通称は住民票に『通称』の記載があるもの」）を提出してください。

④ 実地研修修了証明書等を確認して、修了した行為を☑してください。  
☑した場合は、実地研修修了証明書等を提出してください。

⑤ ①に☑してください。  
金額は、1,200円です。

⑥ 記入日、現在の〒、住所、氏名、電話番号を記入してください。

⑦ **個人番号の記入をお願いします。**  
記入した場合は、個人番号が確認できる書類を提出してください。

| 登録事項変更届出書                                                                                    |                                                |                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 資格 <b>介護福祉士</b>                                                                              |                                                |                                                                        |                             |
| 登録年月日                                                                                        | □平成・☑令和 6 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                                                                                         | □大正・☑昭和・□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（本籍地の都道府県、氏名）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                         |
|                                                                                              | 本籍地の都道府県                                       |                                                                        |                             |
| フリガナ                                                                                         |                                                |                                                                        |                             |
| 氏 名                                                                                          |                                                |                                                                        |                             |
| ・ 登録証に併記を希望する方のみご記入ください（フリガナ不要）。                                                             |                                                | (旧姓名)                                                                  |                             |
|                                                                                              |                                                | (通称名)                                                                  |                             |
| 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、実地研修を修了しましたので届け出ます（ <b>実地研修を修了していない場合は☑は不要</b> ）。 |                                                |                                                                        |                             |
| ・ 実地研修修了証明書等の記載内容をご記入ください。                                                                   | 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"/>            | <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引                                      |                             |
|                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引                                      |                             |
|                                                                                              | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引                                |                             |
|                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養                               |                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                     | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養                |                                                                        | ※☑をした方は、実地研修修了証明書等の提出が必要です。 |
| 3 変更後の登録証の交付について、下記のとおり届け出ます（手数料は、①～⑥によって金額が異なります）。                                          |                                                |                                                                        |                             |
| ・ 変更後の登録証の交付について1つ☑してください。                                                                   | チェック欄                                          | 交付の希望と変更前の登録証の提出                                                       |                             |
|                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/>            | ①変更後の登録証の交付を希望するので、変更前の登録証を提出します。                                      |                             |
|                                                                                              | <input type="checkbox"/> (右欄も☑)                | ②変更後の登録証の交付を希望しますが、変更前の登録証の提出が下記の理由のため提出できません。<br>提出できない理由：□紛失 □その他（ ） |                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                     | ③変更後の登録証の交付は希望しない（代わりに登録済証を希望する）ので、登録証は提出しません。 |                                                                        |                             |
| 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、すべてご記入ください。                                                           | 記入日                                            | 令和 6 年 4 月 30 日                                                        |                             |
|                                                                                              | 郵便番号                                           | 〒 150 - 0002                                                           | 住所変更：□有（変更無い場合は☑は不要）        |
|                                                                                              | 現住所                                            | 東京 〇〇区 〇〇街 〇〇-〇〇-〇〇マンション〇号                                             |                             |
|                                                                                              | 氏 名                                            | 福祉 愛                                                                   |                             |
|                                                                                              | 固定電話                                           | 03 - 3486 - 7559                                                       | □固定電話なし                     |
| 携帯電話                                                                                         | 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇                              | □携帯電話なし                                                                |                             |
| （介護福祉士登録事項変更届出書：登録証に、個人番号は記載されません。）                                                          |                                                |                                                                        |                             |
| 氏名（姓）                                                                                        | 福祉                                             | 氏名（名）                                                                  | 愛                           |
| 個人番号                                                                                         | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇            |                                                                        |                             |

## 登録事項変更届出書

|                                |         |                 |  |   |      |
|--------------------------------|---------|-----------------|--|---|------|
| ・登録証の<br>記載内容<br>をご記入<br>ください。 | 資 格     | 介 護 福 祉 士       |  |   |      |
|                                | 登録年月日   | □平 成 ・ □令 和     |  | 年 | 月 日  |
|                                | 登録番号    | 第 号             |  |   |      |
|                                | フリガナ    |                 |  |   |      |
|                                | 氏 名     |                 |  |   |      |
|                                | 生 年 月 日 | □大正 ・ □昭和 ・ □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（本籍地の都道府県、氏名）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      |     |       |     |        |    |
| ・ 登録証に併記を希望する方のみご記入ください（フリガナ不要）。 |          |     | (旧姓名) |     |        |    |
|                                  |          |     | (通称名) |     |        |    |

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、  
 実地研修を修了しましたので届け出ます（**実地研修を修了していない場合は☑は不要**）。

|                                                                                          |                          |                  |                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>・ 実地研修<br/>修了証明書<br/>等の記載内容<br/>を <input checked="" type="checkbox"/>して<br/>ください。</b> | チェック欄                    | 実地研修を修了した喀痰吸引等行為 | <u>※<input checked="" type="checkbox"/>をした方は、実地研修<br/>修了証明書等の提出が<br/>必要です。</u> |
|                                                                                          | <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           |                                                                                |

3 変更後の登録証の交付について、下記のとおり届け出ます（手数料は、①～③によって金額が異なります）。

|                                                                    |                                                                        |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ・ 変更後の登録証の交付について<br>1つ <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | チェック欄                                                                  | 交付の希望と変更前の登録証の提出                                                                                                              |
|                                                                    | <input type="checkbox"/>                                               | ①変更後の登録証の交付を希望するので、変更前の登録証を提出します。                                                                                             |
|                                                                    | <input type="checkbox"/><br>(右欄も <input checked="" type="checkbox"/> ) | ②変更後の登録証の交付を希望しますが、変更前の登録証の提出が下記の理由のため提出できません。<br><u>提出できない理由: <input type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>その他 ( )</u> |
|                                                                    | <input type="checkbox"/>                                               | ③変更後の登録証の交付は希望しない(代わりに登録済証を希望する)ので、登録証は提出しません。                                                                                |

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、<br>すべてご記入ください。 | 記 入 日 | 令和         | 年 | 月                    | 日 |
|                                       | 郵便番号  | 〒          | — | 住所変更：□有（変更無い場合は☑は不要） |   |
|                                       | 現 住 所 | 都 道<br>府 県 |   |                      |   |
|                                       | 氏 名   |            |   |                      |   |
|                                       | 固定電話  | —          | — | □固定電話なし              |   |
|                                       | 携帯電話  | —          | — | □携帯電話なし              |   |

(介護福祉士登録事項変更届出書：登録証に、個人番号は記載されません。)

[illegible]