

長崎県知事 殿

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書 (省令別表第一号、第二号研修修了者対象)

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条に定める認定特定行為業務従事者の認定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	電話番号			
認定特定行為を行う者	研修機関名			
	研修機関所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
	認定を受けようとする特定行為		研修修了年月日/ 修了証明書番号	
	1. 口腔内の喀痰吸引		年 月 日/	
	口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)		年 月 日/	
	2. 鼻腔内の喀痰吸引		年 月 日/	
	鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)		年 月 日/	
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引		年 月 日/	
	気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)		年 月 日/	
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		年 月 日/	
5. 経鼻経管栄養		年 月 日/		

- 備考1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修(特定の者対象の研修)を受講した方は様式4 - 2により申請してください。
- 2 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 3 認定を受けようとする特定行為に「 」を記載してください。
人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習、実習を修了した者については、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。
- 4 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 1 市区町村が発行する「住民票の写し」の原本
- 2 申請者が法附則第4条の第3号各号に該当しないことを誓約する書面(別添様式4 - 3)
- 3 喀痰吸引等研修の修了証明書