

別記様式 1

受付番号

令和〇〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

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11条に定める認定特定行為業務従事者の認定を受けたい以下のとおり、関係書類を添えて申請します。

和暦で記入
(×西暦)

申請者	フリガナ	チバ タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	氏名	千葉 太郎	性別	男・女
	住所	(郵便番号 123-4567) 千葉 都道 千葉 市 区 中央区市場町〇〇-〇〇 府 町 村	添付した住民票と同一	
	電話番号	012-345-6789		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	〇〇〇〇	登録研修機関名を記入	
	研修機関所在地	(郵便番号 123-4567) 千葉 都道 千葉 市 区 緑区あすみが丘〇〇-〇〇 府 町 村	登録研修機関の所在地 (研修場所ではない)	
	〇	1. 口腔内の喀痰吸引 ※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	研修修了年月日/ 修了証明書番号	令和〇年〇月〇日/第△△△-〇号 年 月 日/
	〇	2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	令和〇年〇月〇日/第△△△-〇号 年 月 日/	「修了証明書発行日」 及び「修了証明書番号」 を記載 (研修修了日や登録研 修機関番号ではない)
		3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ※ 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 (滴下のみ) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形のみ) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下及び半固形)	年 月 日/	
		5. 経鼻経管栄養	年 月 日/	

認定を受けようとする行為欄に「〇」をつける (修了証明書に記載してある行為)

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2により申請してください。

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 認定を受けようとする特定行為に「〇」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。
- 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

- マイナンバーを記載していない住民票 (写) ※市役所等で交付されたものを提出
- 申請者が法附則第11条第3項各号の規定に該当しないことを誓約する書面 ※押印をすること
- 喀痰吸引等研修の修了証明書