

茨城県知事 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10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	イバラキ タロウ	生年月日	昭和50年1月11日
	氏名	茨城 太郎	性別	男・女
	住所	(郵便番号310-8555) 茨城 都道 水戸 市 区 笠原町111-11 府 県 町 村		
	電話番号	029-301-3332		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	受講した登録研修機関をお書きください		
	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 ※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	令和〇年〇月〇日 / 第〇〇号 年 月 日 /	
	○	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 / 第〇〇号 年 月 日 /	
	○	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 / 年 月 日 /	
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	令和〇年〇月〇日 / 第〇〇号 年 月 日 /		
	5. 経鼻経管栄養	年 月 日 /		

修了証の上部の番号
を書いてください

- 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) 修了者はこの様式では申請できません。
- 2 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。
- 3 下記に記載する添付資料を併せてご提出ください。

添付書類

- 住民票の写し (コピー不可)
- 申請者が法附則第11条の第3項各号に該当しないことを誓約する書面 (認定様式第2号)
- 喀痰吸引等研修の修了証明書の写し