

(様式第1号)

受付番号

年 月 日

福島県知事

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		性別	男・女
	本籍地			
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	電話番号			
認定を受けようとする特定行為	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第2号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。
- 「本籍地」について外国籍の場合は、その国籍を記載してください。
- 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。
- 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

- 住民票の写し (申請者が県外に住所を有する場合に限る)
- 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 (様式第3号)
- 喀痰吸引等研修の修了証明書