

(様式5-1)

受付番号

年 月 日

山形県知事 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
	住所	(郵便番号 - )	都 道	市 区
			府 県	町 村
		(ビルの特称等)		
	電話番号			
特定行為業務を実施する事業所	介護保険サービスの種類			
	障害福祉サービスの種類			
	フリガナ			
	法人名			
	フリガナ			
事業所名				
事業所の所在地	(郵便番号 - )	都 道	市 区	
		府 県	町 村	
	(ビルの特称等)			
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
		(ビルの特称等)		
	認定を受けようとする特定行為	新たに認定を受けようとする 特定行為の研修修了年月日/ 修了証明書番号	既に認定を受けている 特定行為の登録年月日/ 登録番号	
	1. 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/	年 月 日/	
	※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年 月 日/	年 月 日/	
	2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	年 月 日/	
	※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年 月 日/	年 月 日/	
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/	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/	年 月 日/		
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形栄養剤を除く)	年 月 日/	年 月 日/		
※ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形栄養剤を含む)	年 月 日/	年 月 日/		
5. 経鼻経管栄養	年 月 日/	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5-2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 複数の事業所に勤務する者において「特定行為業務を実施する事業所」欄に書ききれない場合は、別紙（様式任意）により記載してください。また、現在勤務していない又は勤務する予定がない場合は空欄のまま提出してください。
  - 4 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又は半固形栄養剤による経管栄養の実施に関する演習、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。
  - 5 既に認定を受けている特定行為がある場合は、「既に認定を受けている特定行為の登録年月日/登録番号」欄には社会福祉士及び介護福祉士法（以下「法」という。）による認定特定行為業務従事者として登録された年月日を記載してください。
  - 6 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 住民票（抄本）の写し
- 2 申請者が法附則第11条第3項各号に該当しないことを誓約する書面
- 3 喀痰吸引等研修の修了証明書の写し
- 4 特定行為の追加認定申請の場合は、認定特定行為業務従事者認定証の原本