

(様式17-1)

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（経過措置）交付申請書

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第14条に定める認定特定行為業務従事者（経過措置）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		
	住所	(郵便番号 -)	都 道	市 区	
			府 県	町 村	
		(ビルの名称等)			
	電話番号				
	特定行為業務を実施する事業所	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		
	(ビルの名称等)				
認定を受けようとする特定行為	研修機関名 (該当するものがある場合)				
	研修機関所在地 (該当するものがある場合)	(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/修了書番号 (該当するものがある場合)		
	1. 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/			
	※1 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/			
	※1 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/			
※1 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 (半固形栄養剤を除く)	年 月 日/				
※2 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/				
※3 胃ろうによる経管栄養 (チューブの接続及び注入開始を除く)	年 月 日/				
5. 経鼻経管栄養	年 月 日/				

備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。

- 2 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。
- 3 「認定を受けようとする特定行為」については該当する特定行為に「○」を記載してください。
 - ※1 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。
 - ※2 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知）に基づく経管栄養の申請については、「胃ろう」に限るため、「※3 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く）」欄に記載してください。
- 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 住民票（抄本）の写し
- 2 申請者が社会福祉士及び介護福祉士法附則第11条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（様式5-3）
- 3 喀痰吸引等に関する研修修了証明証の写し（該当するものがある場合）及び、修了した研修内容、研修時間を示す資料
- 4 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類①（本人誓約書）（様式17-2）
- 5 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類②（第三者証明書）（様式17-3）
- 6 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類③（実施状況確認書）（様式17-4）