|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |   |

　　令和　　　年 　　月　　日

広島県知事　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ので,次のとおり，関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書 | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和年 　　 月　　 日 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 自宅・携帯電話 ） |
| 認定を受けようとする特定行為 | 研修機関登録番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 研修機関名 |  |
| 認定を受けようとする特定行為 | 研修修了年月日 |
|  | 　１．口腔内の喀痰吸引 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  | 　 ※ 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  | 　２．鼻腔内の喀痰吸引 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  | 　 ※ 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  | 　３．気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 令和　　　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） | 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  | 　４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  | ※ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形の栄養剤） | 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  | 　５．経鼻経管栄養 | 令和　　　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１－２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　「研修機関登録番号」及び「研修機関名」は，喀痰吸引等研修の修了証明書から転記してください。

　　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及び半固形の栄養剤を用いた胃ろう又は腸ろうによる経管栄養に関する演習，実習を修了した方については，その他の特定行為と同様に研修修了年月日を記載してください。

 ５　下記に記載する添付書類を合わせて提出してください。

添付書類

１　住民票（コピー不可。本籍・マイナンバーの記載がなく，申請者本人のみの住所表示があるもの）

　　２　申請者が法附則第11条の第３号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（コピー）