（様式１－２）

|  |  |
| --- | --- |
| 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（省令別表第三号研修修了者対象）**

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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 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　　　　　　　　（他県研修期間　　　　　　　　県） | | | |
| 研修機関名 | |  | | | |
| 氏名（特定の者） | |  | | | |
| 認定を受けようとする特定行為（○をつける） | | | | | |
|  | １．口腔内の喀痰吸引 | | | |
|  | ２．鼻腔内の喀痰吸引 | | | |
|  | ３．気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | | |
|  | ４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | | |
|  | ５．経鼻経管栄養 | | | |
| 研修修了証交付年月日 平成　　　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一号，第二号研修（不特定多数の者対象の研修）を受講した方は様式１－１により申請してください。

　　２　複数の対象者に対して認定を受ける場合は，その対象者ごとに申請書を作成してください。

　　３　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　４　「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。

　　５　「氏名（特定の者）」には，研修修了証明書に記載されている「対象者氏名」を記載してください。

　　６　認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。

　　７　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　住民票の写し（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）