（様式３）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 変更届出書**

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について、認定を受けた内容を変更するため届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定証登録番号 | ３ | ４ |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和年  月 日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | （〒　　　－　　　） |
| 電話番号 |  |
| 変 更 が 発 生 す る 事 項（該当に〇） | 変 更 内 容 の 概 要 |
| １ | 申請者氏名添付書類①変更内容が確認できるもの※1②交付済認定証原本 | （登録時） |
| （変更後）　 |
| ２ |  申請者の住所　 添付書類①変更内容が確認できるもの※2 | （登録時） |
| （変更後） |
| ３ | 喀痰吸引等研修を修了した特定行為　 　（ 2号認定・3号認定 ）添付書類①追加行為研修修了証明書のコピー②交付済認定証原本 | 追加する行為に○ |  | ①口腔内の喀痰吸引 |
|  | ①口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器） |
|  | ②鼻腔内の喀痰吸引 |
|  | ②鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器） |
|  | ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 |
|  | ③気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器） |
|  | ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下型） |
|  | ⑤胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形） |
|  | ⑤経鼻経管栄養 |
| （追加行為の研修修了年月日※3）　　　　　　　　　　　　　　令和 　 年 　 月 　 日 |
| 　　　従事している事業所・施設等名称 |  |

備考１　「受付番号」の欄には記載しないでください。

　　　　　　２　「認定証登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

　　　　　　３　※１登録時と変更後の氏名の両方が記載されている公的書類等が必要です。

　　　　　　４　※２県外に転居されたときや、氏名変更又は実施行為の追加の手続に併せ、登録時と変更後の住所が確認できる公的書類が必要です。

　　　　　　５　※３「研修修了年月日」は、研修修了証に記載の日にちを記載してください。

　　　　　　６　「認定特定行為業務従事者認定証」原本を紛失の場合、その旨を余白に記載してください。

　　　　　　７　市区町が発行する書類は、コピーされたものは無効になります。