|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

　　 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 |  |
| 変更をする認定書の種別 | 該当に✓ | □１・２号認定　　　 □３号認定　 　　□措置認定 |
| 該当に○ | 変 更 が 発 生 す る 事 項 | 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（注1）② 交付済の認定特定行為業務従事者認定証（原本） | 登録時 |
| 変更後 |
| 変更日　　　　　　　　　 　年　　　　　月　　　　　日 |
| ２ | 申請者の住所（添付書類）① 変更内容が確認できるもの（注1） | 登録時 |
| 変更後 |
| 変更日　　　　　　　　 　　年　　　　　月　　　　　日 |
| ３ | 喀痰吸引等研修を修了した特定行為（添付書類）① 追加行為の研修修了証明書（写し）② 交付済の認定特定行為業務従事者認定証（原本） | 追加する行為に○ |  | ①口腔内の喀痰吸引 |
|  | ＊口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器） |
|  | ②鼻腔内の喀痰吸引 |
|  | ＊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 |
|  | ＊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） |
|  | ＊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 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　　　従事している事業所・施設等名称 |  |

備考　１　※印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　変更が発生する項目の番号に「〇」を記載してください。

４　変更内容がわかる書類を添付してください。

（注１）登録時と変更後の氏名又は住所の両方が記載されている公的書類等が必要です。市区町が発行する公的書類のコピ-による提出は無効となります。

５　「追加行為の研修修了年月日」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。