

複数の利用者について認定を受ける場合、利用者ごとに申請書を作成してください

(様式 1-2)

書類記入日

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 - )	住民票記載の住所です	
	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		他県の研修機関の場合記入	
	氏名(特定の者)		修了証明書に記載の利用者の氏名	
	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		

研修を終了した行為に○ (省令別表第三号及び介護福祉士法施行規則別表第三号により申請してください)

喀痰吸引等研修修了証明書に記載された「研修修了の交付年月日」(実地研修終了日ではありません)

- 複数の対象者に対して認定を受ける場合は、
- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「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。
- 「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。
- 認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。
- 下記に記載する添付書類を合わせて提出してください。

ただし、同一従事者が2回目以降を申請するとき、当初申請から1年以内に取得した住民票記載の住所・氏名と変更がない場合は、その「住民票の写し」のコピーでも可

添付書類

- 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)
- 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
- 喀痰吸引等研修の修了証明書(コピー)