（様式５－１）

　　　　　年　　月　　日

岐阜県知事　　　様

**認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書（第３号研修修了者）**

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認定証の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | |
| 氏名 | | |  | | |
| 生年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 住所 | | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | |
| 電話番号 | | |  | | |
| e-mail | | |  | | |
| 認定を受けようとする特定行為等 | 研修機関名 | | |  | | |
| 研修機関所在地 | | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | |
| 氏名（特定の者） | | |  | | |
| 認定を受けようとする特定行為 | | | | 研修修了年月日  /修了証明書番号 | |
|  | １．口腔内の喀痰吸引 | | | 年　　月　　日  / |
|  | ２．鼻腔内の喀痰吸引 | | | 年　　月　　日  / |
|  | ３．気管カニューレ内部の喀痰吸引  （人工呼吸器装着者を　含む・含まない） | | | 年　　月　　日  / |
|  | ４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養  （胃ろう又は腸ろう・胃ろうのみ） | | | 年　　月　　日  / |
|  | ５．経鼻経管栄養 | | | 年　　月　　日  / |
| 登録特定行為事業者 | | | | |
| 登録番号 | |  | | |
| 名称 | |  | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | |

備考

１　複数の特定の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。

　２　「研修機関名」、「研修機関所在地」には、修了証明書を発行した研修機関の名称、所在地を記載して

　　ください。

　３　「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。

　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。

　５　「登録特定行為事業者」の各項目には、特定行為を実施するにあたって、在籍する（又は在籍を予定し

ている）事業者について記載してください。

６　下記に記載する添付資料を併せて提出ください。

添付書類

１　住民票（写）

　２　申請者が法附則第11条第３項の各号の規定に該当しない旨の誓約書（様式５－２）

　３　喀痰吸引等研修の研修修了証明書