様式第５号（不特定多数の者対象）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

（あて先）

　　滋 賀 県 知 事

**認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書（省令別表第一号、第二号研修修了者対象）**

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　　　　　　　　市　区　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　　　　　町　村 |
| 電話番号 |  |
| 認定を受けようとする特定行為 | 研修機関名 |  |
| 研修機関所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　　　　　　　　市　区　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　　　　　町　村 |
| （ビルの名称等） |
| 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/  |
|  | 　 ※ 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 年　　月　　日/ |
|  | 　２．鼻腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日/ |
|  | 　 ※ 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 年　　月　　日/ |
|  | 　３．気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 年　　月　　日/ |
|  | 　 ※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 年　　月　　日/ |
|  | 　４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 年　　月　　日/ |
|  | 　５．経鼻経管栄養 | 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三号研修（特定の者対象の研修）を受講した方は様式５－２により申請してください。

　　２　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　３　認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。

　　　　※人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習、実習を修了した者については、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。

　　４　下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

１　住民票（写）※本籍とマイナンバーの記載のないもの

　　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（様式第５号の２）

　　３　喀痰吸引等研修の修了証明書

様式第５号（不特定多数の者対象）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　**○**年　　**○**月　　**○**日

（あて先）

　　滋 賀 県 知 事

**認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書（省令別表第一号、第二号研修修了者対象）**

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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | 　**びわ　たろう**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | **○**年　**○**月　**○**日 |
| 氏名 | 　**琵琶　太郎**　　　　　　　　　　　　　　　 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住所 | （郵便番号　　**○○○**　－　**○○○○**　）　　　　**○○**　　　都　道　　　　　　　**○○**　　　　　　市　区　　　**○番○号**　　　　　　　　　府　県　　　　　　　**○○**　　　　　　町　村 |
| 電話番号 | **○○-○○-○○** |
| 認定を受けようとする特定行為 | 研修機関名 | **社会福祉法人○○　特別養護老人ホーム○○** |
| 研修機関所在地 | （郵便番号　　**○○○**　－　**○○○○**　）　　　　**○○**　　　都　道　　　　　　　**○○**　　　　　　市　区　　　**○番○号**　　　　　　　　　府　県　　　　　　　**○○**　　　　　　町　村 |
| （ビルの名称等） |
| 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/ **第○○○○号** |
|  | 　 ※ 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 年　　月　　日/ |
| **○** | 　２．鼻腔内の喀痰吸引 | **○**年　**○**月　**○**日/ **第○○○○号** |
|  | 　 ※ 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 年　　月　　日/ |
| **○** | 　３．気管カニューレ内部の喀痰吸引 | **○**年　**○**月　**○**日/ **第○○○○号** |
|  | 　 ※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 年　　月　　日/ |
| **○** | 　４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | **○**年　**○**月　**○**日/ **第○○○○号** |
|  | 　５．経鼻経管栄養 | 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三号研修（特定の者対象の研修）を受講した方は様式５－２により申請してください。

　　２　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　３　認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。

　　　　※人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習、実習を修了した者については、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。

　　４　下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

１　住民票（写）※本籍とマイナンバーの記載のないもの

　　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（様式第５号の２）

　　３　喀痰吸引等研修の修了証明書