（認定様式第１号）

　　　　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

**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）修了者はこの様式では申請できません。

　　２　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。

　　３　下記に記載する添付資料を併せてご提出ください。

添付書類

１　住民票の写し（コピー不可）

　　２　申請者が法附則第１１条の第３項各号に該当しないことを誓約する書面（認定様式第２号）

　　３　喀痰吸引等研修の修了証明書の写し