（様式５－２）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

　岡　山　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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名（フリガナ） | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 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） | | | | |
| 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/ | | |
|  | ※ 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/ | | |
|  | ４－１．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下） | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ４－２．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形） | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ４－３．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下・半固形） | | 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一号、第二号研修（不特定多数の者対象の研修）を受講した方は、

様式５－１により申請してください。

　　２　複数の対象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。

　　　　既に認定を受けている対象者に対して行為を追加または変更する場合は、様式７により変更届出書を作成してください。

　　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　下記に記載する添付資料をあわせて提出ください。

添付書類

１　住民票の写し（原本）※個人番号や申請者以外の世帯員の情報が省略されたものを添付してください。

　　２　申請者が法附則第１１条第３項の各号に該当しないことを誓約する書面

　　３　喀痰吸引等研修の研修修了証明書（写）