

(様式5)

受付番号

令和〇年〇月〇日

石川県知事 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4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(介護職員)の氏名等を記入

申請者	フリガナ	カナザワ ハナコ	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	金 沢 花 子		
	住所	郵便番号 920-0000) 石川 都 道 金 沢 市 区 鞍月〇丁目〇番地 府 県 町 村		
	電話番号	076-225-0000		
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 石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター		
	研修機関所在地	(郵便番号 920-0022) 石川 都 道 金 沢 市 区 北安江3-2-20 府 県 町 村 金沢勤労者プラザ4階		
		(ビルの名称等)		
		研修修了年月日/ 修了証明書番号	・申請時点で研修を修了している行為のみ「〇」を記入 ・修了証明書に記載されている修了年月日・番号を記入	
	〇	1. 口腔内の喀痰吸引 ※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	令和〇年〇月〇日 / 第24-000号 年 月 日/	
〇	2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	令和〇年〇月〇日 / 第24-000号 年 月 日/		
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ※ 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/ 年 月 日/		
〇	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	令和〇年〇月〇日 / 第24-000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。
- 「受付番号」欄には記載しないでください。
 - 認定を受けようとする特定行為に「〇」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。
 - 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

- 住民票(写)
- 申請者が法附則第4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