

(様式6)

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)		
	氏名(特定の者)	能 登 一 郎		
行為		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	
	<input checked="" type="radio"/>	1. 口腔内の喀痰吸引	令和〇年〇月〇日 / 第〇-〇〇〇号	
	<input checked="" type="radio"/>	2. 鼻腔内の喀痰吸引	令和〇年〇月〇日 / 第〇-〇〇〇号	
	<input type="radio"/>	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日 /	
	<input type="radio"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	年 月 日 /	
	<input checked="" type="radio"/>	5. 経鼻経管栄養	令和〇年〇月〇日 / 第〇-〇〇〇号	

申請時点で研修を修了している行為のみ「〇」を記入

対象者1人につき1枚の申請が必要となります。

修了証明書に記載されている修了年月日・番号を記入

- 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)を行う場合は様式5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。
- 3 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 4 「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。
- 5 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。
- 6 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
- 喀痰吸引等研修の研修修了証明書