（様式５－１）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（和暦）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | 生年月日 | | 年　月　日 |
| 氏　　名 | |  | | 性　　別 | |  |
| 住　　所 | | （郵便番号　　　－　　　　　）  兵庫県 | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| 事業所 | 事業所名 | |  | | | | |
| 電話番号 | |  | サービス名 | |  | |
| 認 定 を 受 け よ う と す る 特 定 行 為 | 研修機関名 | |  | | | | |
| 認定を受けようとする特定行為 | | | | 研修修了年月日/修了書番号  （該当するものがある場合） | | |
|  | １．口腔内の喀痰吸引 | | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ※１ 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/ | | |
|  | ※１ 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/ | | |
|  | ※１ 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/ | | |

（裏面を必ず読んでください）

1. 申請書作成にあたっての留意事項
2. 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。
3. 「受付番号」欄には記載しないでください。
4. 「事業所名」「サービス名」は、現在勤務されており、喀痰吸引等の行為を行おうとする事業所・施設名及び実施サービス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」については該当する特定行為に「○」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。

1. 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。
2. 添付書類
3. 住民票の原本（マイナンバー記載なし、発行から3ヶ月以内のもの）
4. 様式5-3 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
5. 喀痰吸引等研修の修了証明書（写）
6. 返信用封筒（住所、氏名を記載し、必要分の切手を貼付）