

記入例

書類作成日を記入

〇〇年 〇月 〇日

山形県知事 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4条の
のとおり、関係書類を添えて申請します。

実地研修まで修了した従事者のみ申請可能です。(基本研修のみの修了者は、実地研修を修了するまで申請できません)

申請者	フリガナ	ヤマガタ イチロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	氏名	山形 一郎 ※押印不要	性別	男・女
	住所	(郵便番号 990-8570) 山形 市 区 松波二丁目8番1号 (ビルの名称等)		
	電話番号	023-630-0000		
	介護保険サービスの種類	訪問介護・重度訪問介護		
	障害福祉サービスの種類			
	特定行為業務を実施する事業所	フリガナ カブシキガイシャ 〇〇〇		
		法人名 株式会社 〇〇〇		
		フリガナ ホウモンカイゴジギョウショ 〇〇〇		
		事業所名 訪問介護事業所 〇〇〇		
認定を受けようとする特定行為	事業所の所在地	(郵便番号 990-0000) 山形 市 区 松波×丁目×番×号 (ビルの名称等)		
	研修機関名	〇〇〇カレッジ(実地研修先:〇〇訪問看護ステーション)		
	研修機関所在地	(郵便番号 990-0000) 山形 市 区 ×丁目×番×号 (ビルの名称等) 〇〇ビル		
	氏名(特定の者)	山形 花子(人工呼吸器装着者)		
	認定を受けようとする特定行為	新たに認定を受けようとする特定行為の 研修修了年月日/修了証明書番号	既に認定を受けている特定行為の 登録年月日/登録番号	
	1. 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/	年 月 日/	
	※ 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)	RO年〇月〇日/123-45	年 月 日/	
	2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	年 月 日/	
	※ 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)	年 月 日/	年 月 日/	
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/	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)	RO年〇月〇日/123-45	年 月 日/		
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形栄養剤を除く)	年 月 日/	年 月 日/		
※ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形栄養剤を含む)	RO年〇月〇日/123-45	年 月 日/		
5. 経鼻経管栄養	年 月 日/	年 月 日/		

登録研修機関名を記載してください。(実地研修について、登録研修機関から委託を受けた訪問看護ステーション等から研修を受けた場合は、括弧書きで記載例の通り明記してください)

実地研修を修了した利用者名を記載してください。(人工呼吸器装着者である場合には、その旨括弧内に記載してください。)

実地研修まで修了した行為
に○をつけてください。

- 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。
- 3 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 4 複数の事業所に勤務する者において「特定行為業務を実施する事業所」欄に書ききれない場合は、別紙（様式任意）により記載してください。また、現在勤務していない又は勤務する予定がない場合は空欄のまま提出してください。
- 5 「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。
- 6 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又は半固形栄養剤による経管栄養の実施に関する演習、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。
- 7 既に認定を受けている特定行為がある場合は、「既に認定を受けている特定行為の登録年月日/登録番号」欄には社会福祉士及び介護福祉士法（以下「法」という。）による認定特定行為業務従事者として登録された年月日を記載してください。
- 8 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

コピー不可です。また、発行から3ヶ月以内のものを提出してください。

添付書類

- 1 住民票（抄本）の写し
- 2 申請者が法附則第4条第3項各号に該当しないことを誓約する書面
- 3 喀痰吸引等研修の修了証明書の写し
- 4 特定行為の追加認定申請の場合は、認定特定行為業務従事者認定証の原本