附則様式第1号(附則第3項関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

認定特定行為業務従事者認定証交付申請書(第一号(第二号)研修修了者)

　認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けたいので、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 氏名 | |  | |
| 住所 | | (郵便番号　　　―　　　　　)  　福井県　　　　　　　郡市 | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| 認定を受けようとする特定行為 | 研修機関名 | |  | | | | |
| 研修機関の所在地 | | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | |
| 都道  　　　　　　府県 | 市区  町村 | | | |
| (ビルの名称等) | | | | |
| 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　胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 | | | | 年　　月　　日／ | |
|  | 5　経鼻経管栄養 | | | | 年　　月　　日／ | |

備考

　1　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に関する演習および実地研修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。

　2　この申請書には、知事が定める書類を添付してください。