附則様式第2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(第三号研修修了者)

　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 | 　 |
| この申請で認定を受けようとする対象者(特定の者)の人数 | 人　　　　　　　 |
| 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) |
| 1 | 対象者氏名(特定の者) | 　 |
| 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／　　　 |
| 　 | 2　鼻腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日／　　　 |
| 　 | 3　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 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／　　　 |
| 2 | 対象者氏名(特定の者) | 　 |
| 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／　　　 |
| 　 | 2　鼻腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日／　　　 |
| 　 | 3　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 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　複数の対象者に対して認定を受ける場合は、その対象者ごとに記載してください。対象者が3名以上の場合は、別表へ記載してください。

　2　認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。

　3　この申請書には、知事が定める書類を添付してください。

認定を受けようとする特定行為(別表)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | 対象者氏名(特定の者) | 　 |
| 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／　　　 |
| 　 | 2　鼻腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日／　　　 |
| 　 | 3　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 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／　　　 |
| 4 | 対象者氏名(特定の者) | 　 |
| 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／　　　 |
| 　 | 2　鼻腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日／　　　 |
| 　 | 3　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 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／　　　 |
| 5 | 対象者氏名(特定の者) | 　 |
| 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／　　　 |
| 　 | 2　鼻腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日／　　　 |
| 　 | 3　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 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／　　　 |
| 6 | 対象者氏名(特定の者) | 　 |
| 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／　　　 |
| 　 | 2　鼻腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日／　　　 |
| 　 | 3　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 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／　　　 |
| 7 | 対象者氏名(特定の者) | 　 |
| 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／　　　 |
| 　 | 2　鼻腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日／　　　 |
| 　 | 3　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 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／　　　 |
| 8 | 対象者氏名(特定の者) | 　 |
| 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／　　　 |
| 　 | 2　鼻腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日／　　　 |
| 　 | 3　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 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／　　　 |

※欄が足りない場合は適宜追加してください。