附則様式第16号(附則第17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(経過措置)申請書

　介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第14条第1項の規定による認定特定行為業務従事者(経過措置)の認定を受けたいので、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令附則第4条第1項の規定により、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(該当するものがある場合) | | |  | | | | |
| 研修機関の所在地(該当するものがある場合) | | (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  (該当するものがある場合) | |
|  | 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／ | |
|  | ※胃ろうによる経管栄養(チューブの接続および注入開始を除く。) | | | | | 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」欄には該当する特定行為に「○」を記載してください。

　　※1　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　「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」(平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知)に基づく経管栄養の申請については、「胃ろう」に限るため、「※胃ろうによる経管栄養(チューブの接続および注入開始を除く。)」欄に記載してください。

　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。