

(様式4-2)

受付番号

年 月 日

長崎県知事 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。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	電話番号			
認定を受けようとする特定行為	研修機関名			
	研修機関所在地	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
	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	
	<input type="checkbox"/>	1. 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
	<input type="checkbox"/>	2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
<input type="checkbox"/>	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/		
<input type="checkbox"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	年 月 日/		
<input type="checkbox"/>	5. 経鼻経管栄養	年 月 日/		

- 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4-1により申請してください。
- 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。
  - 「受付番号」欄には記載しないでください。
  - 「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。
  - 認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。
  - 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 市区町村が発行する「住民票の写し」の原本
- 申請者が法附則第4条の第3号各号に該当しないことを誓約する書面 (別添様式4-3)
- 喀痰吸引等研修の研修修了証明書