（様式１－２）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

　　　青森県知事　　　　　　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３研修修了者対象）**

社会福祉士及び介護福祉士法附則第１１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 | |  | |
| 本籍地 | |  | | | | |
| 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 | | | |
|  | 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．胃ろう又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　社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第１、又は別表第２の研修（不特定多数の者対象の研修）を受講した方は、様式１－１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　「本籍地」については、都道府県名（外国籍の場合は、その国籍）のみ記載してください。

　　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。

　　７　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

１　住民票の写し（原本） ※コピー不可

　　２　申請者が法附則第１１条第３項各号の規定に該当しないことを誓約する書面（様式１－３）

　　３　喀痰吸引等研修の修了証明書の写し**（法人代表者が原本証明したもの）**