（様式１－６）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 追加交付申請書**

**（省令別表第１、別表第２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 | |  | | 電話番号 |  | |
| 住所 | | （郵便番号　　　　－　　　　　）  　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　市　区  　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　町　村 | | | | |
| 認定を受けようとする特定行為 | 追加する特定行為  （追加する特定行為に「○」を記載） | | | 研修修了年月日／修了証明書番号  （修了証明書に記載された年月日等を記入） | | | |
|  | 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　右上部の「受付番号」欄は記載不要です。

　　２　「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。

　　３　追加する特定行為に「○」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、実習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。

　　４　下に記載する添付資料をあわせて提出してください。

添付書類

１　既に交付を受けている認定特定行為業務従事者認定証原本

２　追加する特定行為にかかる喀痰吸引等研修の修了証明書の写し