（様式５－１）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

鹿児島県知事　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 | |  | | | |
| 事業所名 | |  | | | | | | |
| 住所（申請者） | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | |
|  | 都　道  府　県 |  | 市　区  町　村 |  | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| 認定を受けようとする特定行為 | 登録研修機関名 | |  | | | | | | |
| 登録研修機関所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | |
|  | 都　道  府　県 |  | 市　区  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５－１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　「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。

　　５　認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。

　　６　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（写）

　　２　申請者が法附則第11条の第３号各号に該当しないことを誓約する書面

　　３　喀痰吸引等研修の研修修了証明書（写）