

理 由 書

登録特定行為事業者名： _____
 職名・代表者名： _____ 印
 電話番号： _____
 FAX 番号： _____
 E-mail： _____
 担当者名： _____

1 認定特定行為業務従事者の状況

	利用者	特定行為の種類					認定特定行為 業務従事者
		喀痰吸引			経管栄養		
		口腔	鼻腔	気管	胃・腸ろう	経鼻	
受講前 の 状 況							
受講後 の 状 況							

- ※ 「利用者」が複数いる場合、「利用者」ごとに別途作成ください。
- ※ 「特定行為の種類」欄は、該当する行為に「○」を御記入ください。
- ※ 「受講前の状況」の「認定特定行為業務従事者」欄については、既存の従事者の氏名を御記入ください（退職、他部署への異動ではなく、一時的に担当替えとなっている従事者の氏名も御記入ください）。
- ※ 「受講後の状況」の「認定特定行為業務従事者」欄については、既存の従事者と今回受講申込をする者、全員の氏名を御記入ください。
- ※ 行が不足する場合は追加してください。

2 利用者1人当たり4人を超えて受講する必要性

- ※ 関係資料があれば添付してください。