受付番号

年 月 日

徳島県知事 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		※性 別
	本籍地		
		(郵便番号 一 )	
	住所	都 道 市 区	
	шл	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		
		(郵便番号 — )	
		都 道 市 区	
	研修機関所在地	府 県 町 村	
		(ビルの名称等)	
	氏名(特定の者)		
	201 (1920)17	1	
	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 「本籍地」について外国籍の場合は、その国籍を記載してください。
  - 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。
  - 8 ※「性別」欄:記載は任意です。未記載とすることも可能です。

## 添付書類

- 1 住民票 (写)
- 2 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
- 3 喀痰吸引等研修の研修修了証明書