

(様式 7)

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 変更届出書

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について、認定を受けた内容を変更するため届け出ます。

認定証登録番号														
申 請 者	フリガナ										生年月日	年 月 日		
	氏名										※性別			
	住所	(〒 -) 都 道 市 区 府 県 町 村												
	電話番号													
変 更 が 発 生 す る 事 項												変 更 内 容 の 概 要		
	1. 申請者氏名											(変更前)		
	2. 申請者の住所											(変更後)		
	3. 喀痰吸引等研修を修了した特定行為											別紙のとおり		
変 更 年 月 日												年	月	日

- 備考 1 「受付番号」の欄には記載しないでください。
- 2 「認定証登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
- 3 変更が発生する項目に「○」を記載してください。
- 4 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載してください。
- 5 認定特定行為業務従事者認定証（写）を添付してください。
- 6 喀痰吸引等研修を修了した特定行為を変更する場合は、別紙に記載して添付してください。
- 7 その他、変更内容が分かる書類（戸籍抄本、住民票の写し等）を添付してください。
- 8 ※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

(別紙)

変更を届け出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)			
	変更を届け出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 「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。
- 2 変更を届け出ようとする特定行為に「〇」を記載してください。
- 3 下記に記載する添付資料をあ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4条第3項の各号に該当しないことを誓約する書面 (様式5-3)
- 3 変更を届け出ようとする特定行為に対する喀痰処置研修の研修修了証明書の写し