

(様式5-1)

受付番号

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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 (省令別表第一号、第二号研修修了者対象)

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。

押印は不要

申請者	住民票の住所と相違ないこと。 トクシマ ハナコ 徳島 花子	生年月日	昭和〇年〇年〇日
	住所 (郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 徳島 都 道 徳島 市 区 〇〇町〇〇番地 〇〇マンション 〇〇棟 〇〇号室 府 県 町 村	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	公益財団法人 介護労働安定センター徳島支所 (郵便番号 770-0835) 徳島 都 道 徳島 市 区 藍場町1-5 府 県 町 村	
	研修機関所在地	(ビルの名称等) 徳島第一ビル 5階	
	認定を受けようとする特定行為		
認定を受けようとする特定行為	<input type="radio"/> 1. 口腔内の喀痰吸引 ※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	令和〇〇年〇〇月〇〇日/第〇〇〇号 年 月 日/	
	<input type="radio"/> 2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	令和〇〇年〇〇月〇〇日/第〇〇〇号 年 月 日/	
	<input type="radio"/> 3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ※ 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/ 年 月 日/	
	<input type="radio"/> 4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※ 経管栄養	令和〇〇年〇〇月〇〇日/第〇〇〇号 年 月 日/	

修了した行為に○印を記載すること。
(第一号研修は1から5まですべて、
第二号研修はそれぞれ修了した行為について○)

研修機関が発行した、修了証明書に
記載のある日付と番号を記入すること。

備考1

- 「交付番号」欄には記載しないでください。
- 「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。
- 認定を受けようとする特定行為に「○」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。
- 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

- 住民票 (写)
- 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 (様式5-3)
- 喀痰吸引等研修の修了証明書