（様式５－２）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(和暦)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 | |  | | 性　　別 | |  |
| 住　　所 | | （郵便番号　　　－　　　　　）  兵庫県 | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| 事業所 | 事業所名 | |  | | | | |
| 電話番号 | |  | | | サービス名 |  |
| 認 定 を 受 け よ う と す る 特 定 行 為 | 研修機関名 | |  | | | | |
| 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/修了書番号  （該当するものがある場合） | | | |
|  | １．口腔内の喀痰吸引 | | 年　　月　　日/ | | | |
|  | ※１口腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） | | 年　　月　　日/ | | | |
|  | ２．鼻腔内の喀痰吸引 | | 年　　月　　日/ | | | |
|  | ※１鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | | 年　　月　　日/ | | | |
|  | ３．気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | 年　　月　　日/ | | | |
|  | ※１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/ | | | |
|  | 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/ | | | |

（裏面を必ず読んでください）

1. 申請書作成にあたっての留意事項
2. 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一号研修又は第二号研修（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。
3. 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。
4. 「受付番号」欄には記載しないでください。
5. 「事業所名」「サービス名」は、現在勤務されており、喀痰吸引等の行為を行おうとする事業所・施設名及び実施サービス名を記載してください。
6. 「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。
7. 認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。
8. 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。
9. 添付書類
10. 住民票の原本（マイナンバー記載なし、発行から3ヶ月以内のもの）
11. 様式5-3 申請者が法附則第11条の第３項各号に該当しないことを誓約する書面
12. 喀痰吸引等研修の修了証明書（写）
13. 返信用封筒（住所、氏名を記載し、必要分の切手を貼付）