（様式５－１－２）

|  |  |
| --- | --- |
| 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更新申請書

（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11条に定める認定特定行為業務従事者の認定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定証登録番号 |  | | |
| 申請者 | フリガナ | |  | | 生年月日 | （和暦）  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 | |  | | | | |
| 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. 以下の項目に該当する方はこの様式で申請してください。

・第一号研修を修了していた方で新たに人工呼吸器装着手順の研修を修了した場合

・第二号研修を修了していた方が第一号研修を修了した場合

・第二号研修を修了していた方で追加研修を修了した場合

1. 第三号研修修了者（特定の者対象の研修）で追加研修を修了した方は、様式5-2-2により申請してください。
2. 「受付番号」欄には記載しないでください。
3. 「認定を受けようとする特定行為」欄については、既に認定を受けている行為には「○」を、新たに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。

1. 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。
2. 添付書類
3. 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）
4. 認定特定行為業務従事者認定証（写）
5. 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
6. 喀痰吸引等研修の修了証明書（写）
7. 返信用封筒（住所、氏名を記載し、必要分の切手を貼付）