

灰色の欄は記載せず。

受付番号

栃木県知事 様

H24年度以降、標題の研修を修了した方が作成する様式です。(受講した研修を再度確認のこと。)

〇〇年〇月〇〇日

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条第3号各号に該当しないことを誓約する書面
下記のとおりに、関係書類を添えて

申請者の記載事項は住民票と一致させてください。
(住所についてはハイフン (-) 表記も可)

申請者	フリガナ	トチギ ハナ	生年月日	昭和48年3月XX日
	氏名	栃木 花子	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
	住所	(郵便番号321-0974) 栃木 都 道 宇都宮 市 区 竹林町1030-2 府 県 町 村	押印は不要です。	
	電話番号	028-XXX-XXXX		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	特別養護老人ホーム とちぎ	実地研修実施施設・事業所を記入	
	研修機関所在地	(郵便番号320-8501) 栃木 都 道 宇都宮 市 区 1-1-20 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
		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	
	<input type="checkbox"/>	1. 口腔内の喀痰吸引 ※ 口腔内 実施する行為に「○」をつける。	平成24年10月15日/第XXX号 年 月 日/	
	<input type="checkbox"/>	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)	平成24年10月15日/第XXX号 年 月 日/	
	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/		
<input type="checkbox"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	平成24年10月15日/第XXX号 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三号研修 (特定の者対象の研修) 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に「○」を記載してください。

※人工呼吸器装着者へ
修了証明書番号を記載

4 下記に記載する添付資

コピー不可 (市町村から交付されたものがすでに住民票の写しです)。
なお、抄本及び本籍・続柄を表示しないものでも問題ありません。

研修の修了証明書の発行日、修了証番号を記入してください。

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 喀痰吸引等研修の修了証明書

○注意
記載内容を訂正する場合は、二重線で訂正してください。