

別記第4号様式の2 (第5条関係)

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 (省令別表第三号研修修了者対象)

社会福祉士及び介護福祉士法附則のとおり、関係書類を添えて申請

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)

業務従事者の認定を受けたいので、下記

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 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	訪問介護事業所 ヘルパーステーションとちぎ 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			
	氏名(特定の者)	〇〇 〇〇 該当利用者名を記載			
	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 checked="" type="checkbox"/>	1. 口腔内の喀痰吸引	平成24年10月15日/第XXX号		
	2. 鼻管	年 月 日/			
	3. 気管	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 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一号、第二号研修(不特定多数の)により申請してください。
- 2 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
- 3 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 4 「氏名(特定の者)」に「対象者氏名」を記載してください。
- 5 認定を受けようとする特定行為の記載は、住民票の写しを添付してください。
- 6 下記に記載する添付書類は、必ず添付してください。

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。

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。

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
- 喀痰吸引等研修の研修修了証明書

〇注意

記載内容を訂正する場合は、二重線で訂正してください。