

別記第 17 号様式 (第 17 条関係)

灰色の欄は記載せず。

受付番号

〇〇年〇〇月〇〇日

栃木県知事 様

H23年度までに研修を受講した方 (H23年度に研修を受講したが、H24年度以降に繰り越された場合を含む) が作成する様式です。(受講した研修を再度確認のこと。)

認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置) 交付申請書

介護サービスの基盤強化のための業務従事者 (経過措置) の認定を

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)

る法律附則第 14 条に定める認定特定行為関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	トチギ ハナコ	生年月日	昭和48年3月XX日
	氏名	栃木 花子	性別	女
	住所	(郵便番号321-0974) 栃木 都 道 宇都宮 区 竹林町1-030-2 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 (該当するものがある場合)	特別養護老人ホーム とちぎ	実地研修実施施設を記入	
	研修機関所在地 (該当するものがある場合)	(郵便番号320-8501) 栃木 都 道 宇都宮 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/修了書番号 (該当するものがある場合)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 実施する行為に「○」をつける。 ※1 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)		平成24年10月15日/第XXX号 年 月 日/	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※1 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/	
<input checked="" type="checkbox"/> 3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ※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/ 年 月 日/		
<input checked="" type="checkbox"/> 4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※2 胃ろうによる経管栄養 (チューブの接続及び注入開始を除く)		平成24年10月15日/第XXX号 年 月 日/		
<input checked="" type="checkbox"/> 5. 経鼻経管栄養		月 日/		

備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。

2 「認定を受けようとする特定行為」については該当する特定行為に「○」を記入してください。

※1 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、修了書番号を記入してください。

※2 「特別養護老人ホーム」等について (平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知) に基づき、経管栄養 (チューブの接続及び注入開始を除く) を実施している場合は、「胃ろうによる経管栄養」欄に記載してください。

3 下記に記載する添付書類を提出してください。

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。

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

- 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
- 喀痰吸引等に関する研修修了証明証 (該当するものがある場合) 及び、修了した研修内容、研修時間を示す資料 (裏面省略)

**○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。