

認定特定行為業務従事者認定証 (経過措置) 交付申請書添付書類①

本人誓約書

〇〇年〇〇月〇〇日

住民票と一致させてください。

栃木県知事 様

申請者 住所 栃木県宇都宮市竹林町 1 0 3 0 - 2

電話 0 2 8 ( × × × ) × × × ×

氏名 栃木 花子

押印は不要です。

性別 男  女

生年月日 昭和 4 8 年 3 月 × × 日

所属 特別養護老人ホームとちぎ

私は、下記について事実であることを誓約します。

所属事業所名を記入。  
※所属法人名ではありません。

記

(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律第 100 号 (平成 27 年法律第 100 号) 第 10 条第 1 項第 2 号の改正に伴い、介護職員等に対する研修の実施が義務付けられたこと等) について、

私は、現在、介護の業務に従事しており、以下の通知又は事業名 ( # 2 ) を実施しています。(※)

※ 一時的に離職している者 ( 育児休業中、やむを得ず離職している者 ) は、研修を受講したが現在喀痰吸引等を実施していない者

チェック漏れがないように気をつけてください。

なお、複数の研修を修了している場合は、以下の行為 ( ④と⑥など ) は、今回認定を申請する行為に該当する研修の種類と行為の範囲にチェックを入れてください。

\* 以下の該当する項目について、□に「✓」をつけてください。

	通知名又は事業名 ( # 1 )	実施可能な行為の範囲 ( # 2 )
<input type="checkbox"/>	① A L S ( 筋萎縮性側索硬化症 ) 患者の在宅療養の支援について ( 平成 15 年 7 月 17 日医政発第 0717001 号 厚生労働省医政局長通知 )	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	② 盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて ( 平成 16 年 10 月 20 日医政発第 1020008 号 厚生労働省医政局長通知 )	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	③ 在宅における A L S 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて ( 平成 17 年 3 月 24 日医政発第 0324006 号 厚生労働省医政局長通知 )	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	⑤ 介護職員によるたんの吸引等の試行事業 ( 不特定多数の者対象 ) ( 平成 22 年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引」 )	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 ( デューブ接続及び注入開始を除く )

○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。

	等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」)	(人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input checked="" type="checkbox"/>	⑥平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施について (平成 23 年 10 月 6 日老発 1006 号第 1 号 厚生労働省老健局長通知)	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	⑦介護職員によるたんの吸引等の試行事業 (特定の者対象)	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	⑧平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業 (特定の者対象) の実施について (平成 23 年 11 月 11 日障発 1111 第 2 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">           チェック漏れ注意         </div>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(# 3)

- 現在、喀痰吸引等の行為を実施している。
- 過去に喀痰吸引等の行為を実施していたが、現在一時離職中である。  
(離職中の理由 : \_\_\_\_\_ )
- 通知又は事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない。

\* 研修歴等を証明する書類があれば添付してください。

条件に当てはまる場合は、次頁を記入。  
(そうでなければ、次頁は空欄にしてください。)

\* (# 1) のうち①~③、⑦または⑧に該当する場合は、以下の表の左の欄に対象者氏名を記載し、中央の欄に (# 1)

にある通知名又は事業名の番号を記載し、右の欄の行為名の該当する項目に「✓」をつけてください。

対象者氏名	通知名又は事業名の番号	行為名
<p>〇〇 〇〇</p> <p>利用者名</p>	<p>①ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</p>
		<p>本申請書1～2ページ目と一致した内容を記入します。</p> <p>（本書は記載例であるため、2ページ目と矛盾した内容が入っております。）</p>
		<p><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</p>

（※欄が足りない場合は適宜加えてください。）

繰り返しとなりますが、2ページ目最後の条件に当てはまる場合のみ、この表を記載してください。