

記載例

受付番号	
------	--

H30年 4月 1日

宮崎県知事 殿

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

申請者	フリガナ	ミヤザキ ケンチョウ 印	生年月日	H2年 1月 1日	
	氏名	宮崎 県庁	性別	男 ・女	
	本籍地	宮崎県宮崎市橘通東1丁目9番10号（本籍地の記載は任意です。）			
	住所	（郵便番号 880 - 8501） 都道 市 区 宮崎 府 県 宮崎 町村 橘通東○丁目○番○号			
	電話番号	090-0000-0000 勤務先：特別養護老人ホーム○○苑（電話番号：0985-00-0000）			
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	○○法人○○○（実地研修を行った事業所名ではなく、喀痰吸引等研修の修了証明書を発行している機関名を記入してください。）			
	研修機関所在地	（郵便番号 880 - 8501） 都道 市 区 宮崎 府 県 宮崎 町村 橘通東○丁目○番○号 （ビルの名称等）宮崎○○ビル			
	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="radio"/>	1. 口腔内の喀痰吸引	修了証明書に記載されている年月日、番号を記載してください		
		※ 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）			
<input type="radio"/>	2. 鼻腔内の喀痰吸引	修了証明書に記載されている年月日、番号を記載してください			
	※ 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）				
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	修了証明書に記載されている年月日、番号を記載してください			
	※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）				
<input type="radio"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	修了証明書に記載されている年月日、番号を記載してください			
	5. 経鼻経管栄養				

- 備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「本籍地」について外国籍の場合は、その国籍を記載してください。
- 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。
- 4 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 1 住民票の写し（注意：市役所等で交付を受けた写しの原本（コピー不可）
- 2 申請者が法附則第4条第3項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

宮崎県収入証紙 1,000円（収入印紙不可）貼付欄