別記様式第９号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 　　　　　　　　認定特定行為業務従事者認定証交付申請書（第３号研修修了者対象）年　　月　　日　　群馬県知事　あて　社会福祉士及び介護福祉士法附則第１１条第２項の規定による認定特定行為業務従事者の認定を受けたいので、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第５条の規定により、次のとおり申請します。 |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　 |
| 本籍（国籍） |  |
| 住所 | （郵便番号　　　　―　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 認定を受けようとする特定行為 | 研修機関名 |  |
| 研修機関所在地 | （郵便番号　　　　―　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 氏名(特定の者) |  |
| 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 |
|  | １　口腔内の喀痰吸引 | 　　　　年　　月　　日／ |
|  | ２　鼻腔内の喀痰吸引 | 　　　　年　　月　　日／ |
|  | ３　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 　　　　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１第１号の基本研修及び同表第２号の実地研修（第１号研修）又は同規則別表第2第　　１号の基本研修及び同表第２号の実地研修（第２号研修）（不特定多数の者対象の研修）を受講した方は、別記様式第８号により申　　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てください。　３　「受付番号」欄は、記載しないでください。　４　「本籍（国籍）」欄は、外国籍の場合は、その国籍を記載してください。　５　「氏名（特定の者）」欄は、研修修了証明書に記載されている「対象者氏名」を記載してください。　６　「認定を受けようとする特定行為」欄は、該当する特定行為に「○」を記載してください。　７　下記に記載する添付資料を併せて提出ください。添付書類　１　住民票（写）　２　申請者が社会福祉士及び介護福祉士法附則第１１条第３項各号に該当しないことを誓約する書面（別記様式第１１号）　３　喀痰吸引等研修の修了証明書（写） |