別記様式第８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１号研修、第２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） | | | | |
| 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／ | | | |
|  | ※　口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | | 年　　月　　日／ | | | |
|  | ２　鼻腔内の喀痰吸引 | | 年　　月　　日／ | | | |
|  | ※　鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | | 年　　月　　日／ | | | |
|  | ３　気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | 年　　月　　日／ | | | |
|  | ※　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／ | | | |
|  | 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３第１号の基本研修及び同表第２号の実地研修（第３号研修）（特定の者対象の研  　　修）を受講した方は、別記様式第９号により申請してください。  　２　「受付番号」欄は、記載しないでください。  　３　「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。  　４　「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。  　　※　人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習及び実習を修了した者については、他の特定行為と同様に、研修修了年月日及び修  　　　了証明書番号を記載してください。  　５　下記に記載する添付資料を併せて提出してください。  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） | | | | | | | |