

記入例

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）

平成〇〇年〇〇月〇〇日

群馬県知事 あて

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条第2項の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...

申請者	フリガナ	グンマ タロウ	生年月日	昭和(平成)〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	群馬 太郎	性別	男・女
	本籍(国籍)	群馬県(日本以外は国名を記載)		
	住所	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 群馬県△△市□□町〇番地〇●●●マンション 〇〇〇号室		
	電話番号	XXXX-XXXX-XXXX		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	登録研修機関名(群馬県等が指定をしている)		
	研修機関所在地	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 群馬県〇〇市〇〇町〇〇番地 (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	平成〇〇年〇〇月〇〇日/〇〇〇号		
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/		
	<input type="checkbox"/> ※ 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)	年 月 日/		
	<input type="checkbox"/> 2 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/		
	<input type="checkbox"/> ※ 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)	年 月 日/		
	<input type="checkbox"/> 3 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/		
<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)	年 月 日/			
<input type="checkbox"/> 4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	平成〇〇年〇〇月〇〇日/〇〇〇号			
<input type="checkbox"/> 5 経鼻経管栄養	年 月 日/			

備考

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... (研修(第3号研修)(特定の者対象の研...))

認定を受けようとする特定行為に○をつけてください。

修了証明書に記載のある修了年月日と修了証明書番号の記載間違いや記載漏れに御注意ください。

修了証明書番号や修了年月日の位置は、登録研修機関によって、違う場合がありますので御注意ください。

添付書類

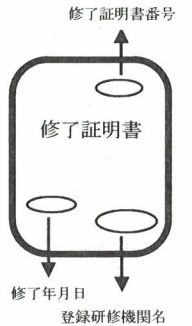
- 住民票(写)
- 申請者が社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条第3項各号に該当しないことを誓約する書面(別記様式第11号)
- 喀痰吸引等研修の修了証明書(写)

申請日の記載漏れに御注意ください。

押印漏れに御注意ください。

住民票と一致させてください。

修了証明書に記載のある登録研修機関名御記入ください。



認定を受けようとする特定行為に○をつけてください。

修了証明書に記載のある修了年月日と修了証明書番号の記載間違いや記載漏れに御注意ください。

修了証明書番号や修了年月日の位置は、登録研修機関によって、違う場合がありますので御注意ください。

【送付必要書類等】

- 申請書 (別記様式第8号)
- 誓約書 (別記様式第11号)
- 住民票 (本籍地の記載あり)
- 修了証明書(写)
- 返信用封筒(切手を貼付した角2封筒等(A4の用紙を折らずに入る封筒))

返信用封筒には認定書の送付先を記載してください。

【貼付する切手について】

切手の金額については、必要と見込まれる額を貼付してください。(認定書は1枚あたり約12グラムです。)

- 重さが50g以内の場合は120円
- 重さが100g以内の場合は140円

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県△△市□□町〇〇番地
申請者(施設)様(御中)