別記様式第１２号

　 （表面）

|  |
| --- |
|  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 本人誓約書年　　月　　日　　群馬県知事　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　本籍（国籍）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属　私は、下記について事実であることを誓約します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記□　現在、介護の業務に従事しており、以下の通知又は事業（＃１）に基づき、喀痰吸引等の行為のうち以　下の行為（＃２）を実施している。□　過去に、介護の業務に従事しており、以下の通知又は事業（＃１）に基づき、喀痰吸引等の行為のうち　以下の行為（＃２）を実施していたが、現在、一時離職中である。　（離職中の理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）□　過去に、介護の業務に従事しており、以下の通知又は事業（＃１）に基づき、喀痰吸引等の行為のうち　以下の行為（＃２）を実施していたが、現在は、当該行為を実施していない。　以下の該当する項目について、□に「レ」を付けてください。 |
|  | 通知名又は事業名（＃１） | 実施可能な行為の範囲（＃２） |
| □ | ①　ＡＬＳ（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅医療の支援について（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） | □　口腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引 |
| □ | 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） | □　口腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引□　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養□　経鼻経管栄養 |
| □ | ③　在宅におけるＡＬＳ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） | □　口腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引 |
| □ | ④　特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて（平成２２年４月１日医政発０４０１第１７号　厚生労働省医政局長通知） | □　口腔内の喀痰吸引□　胃ろうによる経管栄養　　（チューブ接続及び注入開始を除く。） |
| □ | 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等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」） | □　口腔内の喀痰吸引□　口腔内の喀痰吸引　　（人工呼吸器装着者）□　鼻腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引　　（人工呼吸器装着者）□　気管カニューレ内部の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引　　（人工呼吸器装着者）□　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養□　経鼻経管栄養 |

　（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | 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） | □　口腔内の喀痰吸引□　口腔内の喀痰吸引　　（人工呼吸器装着者）□　鼻腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引　　（人工呼吸器装着者）□　気管カニューレ内部の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引　　（人工呼吸器装着者）□　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養□　経鼻経管栄養 |
| □ | 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） | □　口腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引□　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養□　経鼻経管栄養 |
| □ | 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） | □　口腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引□　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養□　経鼻経管栄養 |
| ※　研修歴等を証明する書類があれば、添付してください。　（＃１）のうち①から③まで、⑦又は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「レ」を付けてください。 |
| 対象者氏名 | 通知名又は事業名の番号 | 行為名 |
|  |  | □　口腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引□　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養□　経鼻経管栄養 |
|  |  | □　口腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引□　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養□　経鼻経管栄養 |
|  |  | □　口腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引□　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養□　経鼻経管栄養 |

（※欄が足りない場合は適宜加えてください。）