

※特定の者対象の場合は、医療的ケアを行う対象者ごとに申請書を提出してください。

※添付書類も、対象者ごとに作成してください。

例：同一の介護職員が、2名の特定の者に対して医療的ケアを行う場合は、2枚申請書を提出。

様式第4

認定特定行為業務従事者認定証交付申請書（改正法附則第14条該当者用）

申請日は、平成24年2月20日以
降の日付を記載してください。

年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

改正法附則第14条第1項の規定による知事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の一部を改正する省令附則第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、認定を受けた際には、認定特定行為業務従事者認定証を交付されるよう併せて申請します。

申請者	フリガナ	シズオカ タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	氏名	静岡 太郎 印	性別	男・女
	本籍地都道府県名 (日本国籍を有しない者については、その国籍)	静岡県	認定を受ける介護職員の氏名を記載してください。	
	住所	(郵便番号 420 - 8601) 静岡県静岡市葵区追手町9-6		
電話番号	054-221-2352			
研修機関名	(郵便番号)	厚労省医政局通知による経路措置該当者では、「研修機関名」の記載は必要ありません。		
研修機関所在地	(ビルの)	厚労省医政局通知による経路措置該当者では、「研修機関所在地」の記載は必要ありません。		
認定特定行為業務従事者認定証に係る特定行為の行為			研修修了年月日/研修修了証明書番号 (該当するものがある場合)	
○	1 口腔内の喀痰吸引		年 月 日/	
	*人工呼吸器装着者への口腔内の喀痰吸引		年 月 日/	
	2 鼻腔内の喀痰吸引	経路措置により実施可能な行為を記載		
	*人工呼吸器装着者への鼻腔内の喀痰吸引	※ 厚労省医政局通知による経路措置該当者については、可能な行為が限られています。		
	3 気管カニューレ内部の喀痰吸引	※ 23年度静岡県が実施した研修の修了者は、修了した行為を選択してください。(修了証書に記載してあります。)		
	*人工呼吸器装着者への気管カニューレ内部の喀痰吸引	※ 特定の者対象の場合は、*の項目は選択しない。		
	4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		年 月 日/	
	5 胃ろうによる経管栄養(栄養チューブ等の接続及び注入開始を除く。)			
	6 経鼻経管栄養		年 月 日/	

備考

- ※印の欄には、記載しないでください。
- 申請者の氏名については、自署する場合は、押印は不要です。
- 「研修機関名」欄及び「研修期間所在地」欄は、研修機関において特定行為に必要な知識及び技能を修得した場合に記載してください。
- 「認定特定行為業務従事者認定証に係る特定行為の行為」欄は、該当する行為の欄ごとに○を記載してください。
*印の欄は、人工呼吸器装着者への口腔内の喀痰吸引等に関する演習及び実地研修を修了した場合に、研修修了年月日及び研修修了証明書番号を記載してください。
- 「胃ろうによる経管栄養(栄養チューブ等の接続及び注入開始を除く。)」の欄は、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日付け医政発0401第17号厚生労働省医政局長通知)に基づく研修を終了し、胃ろうによる経管栄養(栄養チューブ等の接続及び注入開始を除く。)の業務に従事する場合に記載してください。
- 添付書類
 - 住民票の写し(住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)第7条第5号に掲げる事項を記載したものに限る。)又は外国人登録証明書の写し
 - 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
 - 研修機関において、特定行為に必要な知識及び技能を修得した場合は、研修修了証明書並びに修了した研修の内容及び研修の時間を証する資料
 - その他知事が必要と認める資料