

受付番号	
------	--

年 月 日

宮 崎 県 知 事 殿

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書（省令別表第一号、第二号研修修了者対象）

社会福祉士及び介護福祉士法附則第 1 1 条に定める認定特定行為業務従事者の認定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性 別	男 ・ 女
	本籍地			
	住所	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	電話番号		勤務先：	(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 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村 (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（滴下のみ）	年 月 日/		
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形のみ）	年 月 日/		
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下及び半固形）	年 月 日/		
5. 経鼻経管栄養	年 月 日/			

- 備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「本籍地」について外国籍の場合は、その国籍を記載してください。
- 3 認定を受けようとする特定行為に「○」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、実習を修了した者については、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。
- 4 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 1 住民票の写し（注意：市役所等で交付を受けた写しの原本（コピー不可）
- 2 申請者が法附則第 1 1 条第 3 項各号に該当しないことを誓約する書面
- 3 喀痰吸引等研修の修了証明書

宮崎県収入証紙 1,200 円（収入印紙不可）貼付欄
