

令和6年4月1日

宮城県知事 村井 嘉浩 殿

認定特定行為業務従事者認定証交付申請書 (第一号, 第二号研修修了者)

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, 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	ミヤギ タロウ	生年月日	平成元年1月1日
	氏名	宮城 太郎		
	住所	(郵便番号 980-0014) 宮城県仙台市青葉区本町3丁目8番1号		
	電話番号	022-211-2549		
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	
	<input type="radio"/>	1 口腔内の喀痰吸引 ※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	令和6年1月1日/20240101号 年 月 日/	
	<input type="radio"/>	2 鼻腔内の喀痰吸引 ※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	令和6年1月1日/20240101号 年 月 日/	
	<input type="radio"/>	3 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)	令和6年5月31日/20240531号 年 月 日/	
		4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 5 経鼻経管栄養	年 月 日/ 年 月 日/	

住民票の内容を元に登録しますので、氏名、生年月日、住所は住民票の表記で記載願います。

研修を受講した【施設名】ではなく、【実地研修修了証明書を交付した登録研修機関又は登録喀痰吸引等事業者】の情報を記載願います。

○は忘れずに記載してください。

- 「認定を受けようとする特定行為」欄は、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日、修了証明書番号を記載してください。
記載には、次に掲げる書類を添付してください。
○の写し
- 喀痰吸引等研修の修了証明書
- その他知事が別に定める

実地研修修了証明書が交付された年月日と、当該証明書に記載されている【修了証明書】の番号を正確に記載願います。

実地研修修了証明書の右上の番号を記載願います。基本研修の修了証明書番号や、研修機関の県登録番号ではありませんのでご注意ください。

行為追加の申請時には、過去に交付を受けた【認定特定行為業務従事者認定証】の【原本】を忘れずに添付してください。