（様式５－１）

　　　　　年　　月　　日

　　　三重県知事　宛て

**認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書（省令別表第三号研修修了者対象）**

社会福祉士及び介護福祉士法附則第11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 |  | |
| 住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　電話番号（　　　―　　　　―　　　　　） | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | |
| 住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　電話番号（　　　―　　　　―　　　　　） | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | |
| 住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　電話番号（　　　―　　　　―　　　　　） | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | |
| 住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　電話番号（　　　―　　　　―　　　　　） | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | |
| 住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　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　　　－　　　　　） | | | |
| 氏名（特定の者） |  | | | |
| 認定を受けようとする特定行為（該当番号を右の欄に記載）  ①口腔内の喀痰吸引　　　②鼻腔内の喀痰吸引　　　③気管カニューレ内部の喀痰吸引  ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養　　　⑤経鼻経管栄養 | |  | | |

備考１　認定を受けようとする特定行為の対象者、特定行為、研修機関が同一の場合は１枚で５名まで申請できますが、いずれかが異なる場合は申請書を分けて作成してください。

　　２　「氏名（特定の者）」には、研修修了証明書に記載されている「対象者氏名」を記載してください。

添付書類

１　住民票（写）

ただし、学校教育法第１条に規定する学校（大学及び高等専門学校を除く）の教員に限り、教育職員免許状（写）と所属の学校長が証明した住所記載の書類を住民票（写）に換えることができる。

　　２　申請者が法附則第11条の第３号各号に該当しないことを誓約する書面

　　３　喀痰吸引等研修の研修修了証明書