

様式第1号（不特定多数の者対象）

書類を作成した日付
を記入して下さい。

年 月 日

東京都知事殿

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4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	カイゴ イチロウ		生年月日 (和暦)	昭和〇〇年	〇〇月	〇〇日		
	氏名	介護 一郎							
	住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 東京都〇〇区〇〇1-2-3		東京都に住民票がある方(道府県に住民票がある方は、その道府県に申請して下さい)					
	電話番号	03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇							
認定を受けようとする特定行為	修了証明書発行 研修機関名	東京都 株式会社〇〇〇〇		東京都の研修(東京都福祉保健財団が実施した研修)を修了した方は、研修機関名は「東京都」と記入して下さい。					
	認定を受けようとする特定行為	修了年月日		/	修了証明書番号				
	1. 口腔内の喀痰吸引	令和〇	年	〇〇	月	〇〇	日	/	〇〇-〇-A1234
	※口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	令和〇	年	〇〇	月	〇〇	日	/	〇〇-〇-A1234
	2. 鼻腔内の喀痰吸引	令和〇	年	〇〇	月	〇〇	日	/	〇〇-〇-A1234
	※鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年	月	日	研修を修了した行為の行に、修了証書に記載してある「修了年月日」「修了証明書番号」を記入して下さい。				
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年	月						
	※気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年	月						
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	令和〇	年	〇〇	月	〇〇	日	/	〇〇-〇-A1234	
5. 経鼻経管栄養	年	月	日						

備考1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修(特定の者対象の研修)を受講した方は、様式第1-2号(特定の者対象)により申請してください。

2 「修了証明書発行研修機関名」が複数ある場合は全て記載してください。

3 認定を受けようとする特定行為に「修了年月日」「修了証明書番号」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(写) ※マイナンバーの記載がないもの。

2 様式第3号 申請者が法附則第4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のコピー