

☆従事者認定【新規申請】（第1号、第2号:不特定）③☆

不備等通知先の設定 *

hanako01

取得 クリア

通知先メールアドレス

fukushizaidan@abant.com

事業所名

訪問介護 福祉機構

送付先郵便番号

103-0026

送付先住所

東京都中央区日本橋1-1-1

送付先宛名

訪問介護 福祉機構

送付先の電話番号 *

0312345432

※ユーザ基本情報から自動取得

入力不要項目
※修正したい場合は
ユーザ基本情報変更
の申請が必要

1. 申請者（従事者認定を受けたい方）の情報入力

氏名(フルネーム) *

財団 太郎

フリガナ *

ザイダン タロウ

※姓と名の間は全角スペースで入力

生年月日（西暦） *

19570511

生年月日（和暦）

昭和32年5月11日

※自動変換表示

住所 ※ハイフンなしで入力

都道府県 *

東京都

区市町村 *

新宿区

町名・番地・建物名など *

落合1-2-3

※住民票どおりに入力

住民票の写し ※6カ月以内に発行され、マイナンバーの記載がないもの *

参照

※PDFや写真に変換したものを添付する

申請者の電話番号 *

09006001111

※ハイフンなしで入力

2. 認定を受けようとする特定行為の入力

研修修了証明書

参照

※PDFや写真に変換したものを添付する

V1. 口腔内の喀痰吸引

1.認定申請対象

○

※○を選択

1.修了証明書発行研修機関名

東京都

※東京都福祉財団の場合

1.研修修了年月日（西暦）

20230920

※ハイフンなしで入力

1.研修修了証明書番号

05-12-Z0004

V1 ※.口腔内の喀痰吸引（人口呼吸器装着者）

※研修証明書に記載がある場合のみ

1.認定申請対象

○

※○を選択

1.修了証明書発行研修機関名

東京都

※東京都福祉財団の場合

1.研修修了年月日（西暦）

20230920

※ハイフンなしで入力

1.研修修了証明書番号

05-12-Z0004

V2. 鼻腔内の喀痰吸引

2.認定申請対象

○

※○を選択

2.修了証明書発行研修機関名

東京都

※東京都福祉財団の場合

2.研修修了年月日（西暦）

20230920

※ハイフンなしで入力

2.研修修了証明書番号

05-12-Z0004

V2 ※.鼻腔内の喀痰吸引（人口呼吸器装着者）

※研修証明書に記載がある場合のみ

2.認定申請対象

2.修了証明書発行研修機関名

2.研修修了年月日（西暦）

2.研修修了証明書番号

V3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引

3.認定申請対象

3.修了証明書発行研修機関名

3.研修修了年月日（西暦）

3.研修修了証明書番号

V3 ※.気管カニューレ内部の喀痰吸引（人口呼吸器装着者）

※研修証明書に記載がある場合のみ

3.認定申請対象

3.修了証明書発行研修機関名

3.研修修了年月日（西暦）

3.研修修了証明書番号

V4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

4.認定申請対象

4.修了証明書発行研修機関名

4.研修修了年月日（西暦）

4.研修修了証明書番号

V5.経鼻経管栄養

5.認定申請対象

5.修了証明書発行研修機関名

5.研修修了年月日（西暦）

5.研修修了証明書番号

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条第3号の各号の規定に該当しない旨の誓約書

誓約書はこちらからダウンロードできます。←クリックすると、誓約書がダウンロードできます。

誓約書*

※記入済みのものを添付する

申請担当

入力後、

受け付けが完了すると、下記のように表示される。

申請を受け付けました。

ユーザ基本情報で登録いただいたメールアドレスに申請受付済メールを送信しましたのでご確認ください。
(メール送信は初回申請時のみです。修正依頼時の再申請の際はメールは送信されませんのでご了承ください。)
申請を終了したい方は、画面右上のログイン名を選択し、表示される一覧からログアウトしてください。
別の申請を続けて行いたい場合は左側のメニュー一覧又はホーム画面から、申請したいメニューを選択してください。

作成：2024.03.18