

☆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 * 通知先メールアドレス
 hanako01 取得 クリア fukushizaidan@abant.com

事業所名
 訪問介護 福祉機構

送付先郵便番号 送付先住所
 103-0026 東京都中央区日本橋1-1-1

送付先宛名 送付先の電話番号 *
 訪問介護 福祉機構 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) * 生年月日(和暦)
 19570511 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 * 区市町村 * 町名・番地・建物名など *
 東京都 新宿区 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 ○	2.修了証明書発行研修機関名 東京都 ※○を選択 ※東京都福祉財団の場合	3.研修修了年月日(西暦) 20230920 ※ハイフンなしで入力	4.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 ○	2.修了証明書発行研修機関名 東京都 ※○を選択 ※東京都福祉財団の場合	3.研修修了年月日(西暦) 20230920 ※ハイフンなしで入力	4.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 ○	2.修了証明書発行研修機関名 東京都 ※○を選択 ※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
----------	----------------	---------------	-------------

※上記黄色部分は入力できません。滴下、半固形両方修了した場合は、4-1と4-2両方をご入力ください。

V4-1. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下) ※令和8年3月16日追加

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
----------	----------------	---------------	-------------

※○を選択 ※東京都福祉財団の場合 ※ハイフンなしで入力

V4-2. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形) ※令和8年3月16日追加

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
----------	----------------	---------------	-------------

※○を選択 ※東京都福祉財団の場合 ※ハイフンなしで入力

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。 **一クリックすると、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

財団 三郎

入力後、 **申請** を押す。 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。