（様式17－１）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　年　　月　　日

香　川　県　知　事　殿

**認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書**

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）附則第14条に定める認定特定行為業務従事者（経過措置）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　　　－　　　　　）  　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　　　　　　　　市　区  　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　　　　　町　村 | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| 認 定 を 受 け よ う と す る 特 定 行 為 | 研修機関名（該当するものがある場合） | |  | | | | |
| 研修機関所在地（該当するものがある場合） | | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　　　　　　　　市　区  　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　　　　　町　村 | | | | |
| （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/修了書番号  （該当するものがある場合） | | | |
|  | １．口腔内の喀痰吸引 | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ※１ 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ２．鼻腔内の喀痰吸引 | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ※１ 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ３．気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ※１ 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ※２ 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く） | | 年　　月　　日/ | | |
|  | ５．経鼻経管栄養 | | 年　　月　　日/ | | |

備考 １　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　 ２　「認定を受けようとする特定行為」については該当する特定行為に「○」を記載してください。

※１ 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。

※２ 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知）に基づく経管栄養の申請については、「胃ろう」に限るため、「※２ 胃ろうによる経管栄養」欄に記載してください。

３　下記に記載する添付資料を併せて提出ください。

添付書類

１　住民票の写し

　　※住民票添付の際は、マイナンバー（個人番号）の記載のないものをお願いします。

　　２　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（様式５－３）

　　３　喀痰吸引等に関する研修修了証明証（該当するものがある場合）及び、修了した研修内容、研修時間を示す資料

　　４　認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類①（本人誓約書）（様式17－２）

　　５　認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類②（第三者証明書）（様式17－３）

　　６　認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類③（実施状況確認書）（様式17－４）