（様式18－１）

　　　　　年　　　月　　　日

岐阜県知事　　　　様

**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附則第14条に定める認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | |
| 氏名 | | |  | | |
| 生年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 住所 | | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | |
| 電話番号 | | |  | | |
| e-mail | | |  | | |
| 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　　　－　　　　　） | | |
| 認定を受けようとする特定行為 | | | | 研修修了年月日/修了証明書番号  （該当するものがある場合） | |
|  | １．口腔内の喀痰吸引 | | | 年　　月　　日  / |
|  | ２．鼻腔内の喀痰吸引 | | | 年　　月　　日  / |
|  | ３．気管カニューレ内部の喀痰吸引  （人工呼吸器装着者を　含む・含まない） | | | 年　　月　　日  / |
|  | ４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養  （胃ろう又は腸ろう・胃ろうのみ（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  / |
| 登録特定行為事業者（又は登録喀痰吸引等事業者） | | | | |
| 登録番号 | |  | | |
| 名称 | |  | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | |

備考

１　「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。

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、「４ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養」の「胃

ろうのみ（チューブの接続及び注入開始を除く）」に「〇」印をつけてください。

３　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）

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（様式５－２）

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18－２）

　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18－３）

　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18－４）