

第4号様式（第5条関係）

記入例

受付番号

RO年 O月 O日

沖縄県知事 殿

研修修了証の発行日以降

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11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	オキナワ 知ウ	生年月日	HO年O月O日
	氏名	沖縄 太郎	性別	男・女
	住所	(郵便番号〇〇〇-△△△△) 沖縄 都 道 府 県 〇〇〇 市 区 町 村 〇〇〇番地〇〇		
	所属先（施設名）	特別養護老人ホーム〇〇		
	電話番号	098-〇〇〇-xxxx (携帯でも可)		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	〇〇法人 〇〇〇〇〇〇		
	研修機関所在地	(郵便番号〇〇〇-△△△△) 沖縄 都 道 府 県 〇〇〇 市 区 町 村 〇〇〇番地〇〇 (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/ 修了証明書番号	
	<input checked="" type="radio"/>	1. 口腔内の喀痰吸引	RO年 O月 O日/ 〇〇〇〇〇〇	
		※ 口腔内の喀痰吸引（非侵襲的：人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※ 鼻腔内の喀痰吸引（非侵襲的：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/	
		※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引（侵襲的：人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
	<input checked="" type="radio"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）	RO年 O月 O日/ 〇〇〇〇〇〇	
<input checked="" type="radio"/>	※ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形）	RO年 O月 O日/ 〇〇〇〇〇〇		
	5. 経鼻経管栄養（滴下）	年 月 日/		
	※ 経鼻経管栄養（半固形）	年 月 日/		

研修修了証に記載された登録研修機関を記入

研修修了証から転記

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）を受講した方は第4号様式の2により申請してください。

2 「受付番号」欄には記載しないでください。

3 認定を受けようとする特定行為に「O」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 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。

5 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（第4号様式の3）

3 喀痰吸引等研修の修了証明書（写）

添付すること