別記様式第１０号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 　　　　　　　　　　　認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書年　　月　　日　　群馬県知事　あて　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条第１項の規定によ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、次のとおり申請します。 |
| 申 請 者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 本籍（国籍） |  |
| 住所 | （郵便番号　　　　―　　　　） |
| 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　　　　―　　　　） |
| （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（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」欄は、記載しないでください。　２　「本籍（国籍）」欄は、外国籍の場合は、その国籍を記載してください。　３　「認定を受けようとする特定行為」欄は、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及び実習を修了した者については、他の特定行為と同様に、研修修了年月日及び　　　　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。　４　下記に記載する添付資料を併せて提出してください。添付書類　１　住民票（写）　２　申請者が社会福祉士及び介護福祉士法附則第１１条第３項各号に該当しないことを誓約する書面（別記様式第１１号）　３　喀痰吸引等に関する研修修了証明書（該当するものがある場合）並びに修了した研修内容及び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）（別記様式第１２号）　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）（別記様式第１３号）　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）（別記様式第１４号） |