

**（様式４－４）**

**提出先：障がい福祉室　生活基盤推進課　指定・指導グループ**

年　　月　　日

　　　　　大 阪 府 知 事　様

**認定特定行為業務従事者認定証 更新申請書**

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認定証の更新を受けたいので、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 | |  | | | | |
| 研修機関  所在地 | | （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 ／ 修了証明書番号 | | | |
|  | １．口腔内の喀痰吸引 | | | 年　 　月　 　日 ／ | | |
|  | ※ 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 ／ | | |
|  | ※ 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 ／ | | |
|  | ※ 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 ／ | | |
|  | ５．経鼻経管栄養 | | | 年 　　月　 　日 ／ | | |
| 対象者の氏名 | （特定の場合のみ） | | | | | | |

備考

　　 １　「認定を受けようとする特定行為」欄は、既に認定を受けている行為には「◎」を、新たに認定を受ける行為は「○」をそれぞれ左側の空欄に記載してください。ただし特定の場合は、既に認定を受けている対象者に限ります。

　　　　※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。

添付書類

１　お手持ちの認定特定行為業務従事者認定証（原本）

　　２　コンビニ納付により手数料の納付手続きを行った場合は「大阪府手数料納付済証」