

# 記載例

※受付番号

記入不要

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書  
(省令別表第三号研修修了者対象)

令和4年〇月〇日

提出日を記入

愛知県知事 殿

申請者は、研修修了者  
ご本人です。  
ご自身の住所、氏名を  
記入してください。

申請者 住所 名古屋市中区……  
マンション〇〇〇101号  
氏名 愛知 花子

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、  
次のとおり申請します。

和暦（昭和、平成など）で記入

申請者	ふりがな	あいち	はなこ	生年月日	昭和50年〇月〇日
	氏名	(姓) 愛知	(名) 花子		
	住所	(郵便番号 460-〇〇〇〇) 名古屋市中区…… (アパートの名称等) マンション〇〇〇101号			
	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
研修機関	名称	〇〇介護研修センター			
	所在地	(郵便番号 460-〇〇〇〇) 名古屋市中区……			
	特定の対象者の氏名	〇〇 〇〇			

記載内容について問い合わせをすることがあるので、連絡のつきやすい電話番号を必ず記入。

研修機関の名称、所在地を記入。  
※就業先ではなく、修了証明書を発行した研修機関について記載すること。

認定を受けようとする特定行為	実施する行為	特定行為の種別	研修修了年月日	修了証明書番号
			年 月 日	
		口腔内の喀痰吸引		
		鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日	
	○	気管カニューレ内部の喀痰吸引	令和〇年〇月〇日	2312000-〇〇〇
		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	年 月 日	
		経鼻経管栄養	年	

研修修了証明書に記載されている「対象者氏名」を記入。

研修修了証明書の左下に記載のある「証明書発行日」を記入。

研修修了証明書の右上に記載の番号を記入。