（参考様式１）

NPO法人　ピープル様

平成　　　年　　　月　　　日

**認定特定行為業務従事者認定に係る実地研修受講申出書**

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条に定める認定特定行為業務従事認定に係る実地研修を受講したいので、

下記のとおり、関係書類を添えて申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 氏　　名 | | ㊞ | 性　　別 | | 男・女 |
| 住　　所 | |  | | | |
| 電話番号 | |  | | | |
| 認定を受けようとする特定行為 | | 認定を受けようとする利用者 | |  | | |
| 利用者（保護者）の同意 | | 同意を得ている・同意を得ていない | | |
| 認定を受けようとする特定行為 | |  | 1.口腔内の喀痰吸引 | |
|  | 2.鼻腔内の喀痰吸引 | |
|  | 3.気管カニューレ内部の喀痰吸引 | |
|  | 4.胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | |
|  | 5.経鼻栄養 | |
| 利用者が利用している訪問看護事業所又は医療機関等 | | 名　　　称 | |  | | |
| 所　在　地 | | 〒　　　－ | | |
| 電話番号 | |  | | |
| 指導を受ける予定の看護師 | | 「特定の対象」の指導者研修会を  １．受講している　　　　２．受講していない  （受講の有無は、上記訪問看護事業所又は医療機関等にご確認ください。受講していない場合、看護協会が実施する指導者講習会の受講が必要です。） | | |

備考

1. 実地研修実施予定日の２週間前までに提出してください。
2. 実地研修実施に際しては、主治医の指示書（様式１）と実施研修に関わる同意書（様式２）が必要です。
3. 複数の利用者に対して認定を受けたい場合は、利用者ごとに申出書を作成してください。
4. 現在交付されている認定書の写し（複数の場合は全て）を添付してください。
5. 同一の利用者に対して行為を追加したい場合、「認定を受けようとする特定行為」欄について、既に認定を受けている行為には「○」を、新たに受けようとする特定行為に「◎」を付けてください。
6. 実地研修受講の際は、受講料（７５０円×対象者ごとの特定行為数）が必要です。納付については、別途お知らせします。