

長野県喀痰吸引業務の登録申請等実施要綱 新旧対照表

新	旧
<p data-bbox="302 288 949 323">長野県喀痰吸引等業務の登録申請等実施要綱</p> <p data-bbox="309 376 1108 708"> 平成 24 年 3 月 6 日 23 健長介第 <u>557</u> 号、23 障第 626 号 一部改正 平成 25 年 2 月 5 日 24 健長介第 580 号、24 障第 529 号 一部改正 平成 26 年 3 月 18 日 25 健長介第 656 号、25 障第 602 号 一部改正 平成 30 年 8 月 21 日 30 介第 261 号、30 障第 406 号 一部改正 令和元年 12 月 14 日元介第 443 号、元障第 660 号 一部改正 令和 3 年 2 月 18 日 2 介第 683 号、2 障第 745 号 一部改正 令和 4 年 4 月 1 日 4 介第 291 号、4 障第 290 号 <u>一部改正 令和 8 年 6 月 29 日 8 介第 319 号、8 障第 300 号</u> </p> <p data-bbox="141 804 398 839">第 1 ～ 第 18 (略)</p> <p data-bbox="141 890 241 967">附 則 (略)</p> <p data-bbox="174 978 790 1013"><u>この要綱は、令和 8 年 7 月 1 日から適用する。</u></p>	<p data-bbox="1288 288 1935 323">長野県喀痰吸引等業務の登録申請等実施要綱</p> <p data-bbox="1294 376 2094 663"> 平成 24 年 3 月 6 日 23 健長介第 <u>559</u> 号、23 障第 626 号 一部改正 平成 25 年 2 月 5 日 24 健長介第 580 号、24 障第 529 号 一部改正 平成 26 年 3 月 18 日 25 健長介第 656 号、25 障第 602 号 一部改正 平成 30 年 8 月 21 日 30 介第 261 号、30 障第 406 号 一部改正 令和元年 12 月 14 日元介第 443 号、元障第 660 号 一部改正 令和 3 年 2 月 18 日 2 介第 683 号、2 障第 745 号 一部改正 令和 4 年 4 月 1 日 4 介第 291 号、4 障第 290 号 </p> <p data-bbox="1126 804 1384 839">第 1 ～ 第 18 (略)</p> <p data-bbox="1126 890 1227 967">附 則 (略)</p>

認定特定行為業務従事者認定証(省令別表第一号、第二号研修修了者)(様式4-1) 新旧対照表

新	旧
<p>様式4-1</p> <p>(表面)</p> <p style="text-align: center;">認定特定行為業務従事者認定証 (省令別表第一号、第二号研修修了者)</p> <p style="text-align: right;">氏名 生年月日</p> <p>登録年月日 登録番号 特定行為種別</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下のみ)</u> 経鼻経管栄養</p> </div> <p>上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)附則第10条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">長野県知事 ㊟</p>	<p>様式4-1</p> <p>(表面)</p> <p style="text-align: center;">認定特定行為業務従事者認定証 (省令別表第一号、第二号研修修了者)</p> <p style="text-align: right;">氏名 生年月日</p> <p>登録年月日 登録番号 特定行為種別</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 経鼻経管栄養</p> </div> <p>上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)附則第10条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">長野県知事 ㊟</p>
<p>(裏面)</p> <p style="text-align: center;">(注意)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) この証明書は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。 2) この証明書を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。 3) この証明書は新たな証明書の交付を受けたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。 <p>備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4</p>	<p>(裏面)</p> <p style="text-align: center;">(注意)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) この証明書は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。 2) この証明書を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。 3) この証明書は新たな証明書の交付を受けたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。 <p>備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4</p>

認定特定行為業務従事者認定証(省令別表第三号研修修了者) (様式4-2) 新旧対照表

新	旧
<p>様式4-2</p> <p>(表面)</p> <p style="text-align: center;">認定特定行為業務従事者認定証 (省令別表第三号研修修了者)</p> <p style="text-align: right;">氏名 生年月日</p> <p>登録年月日 登録番号 対象者氏名 特定行為種別</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下のみ)</u> <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形栄養剤のみ)</u> 経鼻経管栄養</p> </div> <p>上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法 (昭和62年法律第30号) 附則第10条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 長野県知事 ㊟</p>	<p>様式4-2</p> <p>(表面)</p> <p style="text-align: center;">認定特定行為業務従事者認定証 (省令別表第三号研修修了者)</p> <p style="text-align: right;">氏名 生年月日</p> <p>登録年月日 登録番号 対象者氏名 特定行為種別</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 経鼻経管栄養</p> </div> <p>上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法 (昭和62年法律第30号) 附則第10条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 長野県知事 ㊟</p>
<p>(裏面)</p> <p>(注意)</p> <ol style="list-style-type: none"> この証明書は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。 この証明書を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。 この証明書は新たな証明書の交付を受けたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。 <p>備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4</p>	<p>(裏面)</p> <p>(注意)</p> <ol style="list-style-type: none"> この証明書は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。 この証明書を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。 この証明書は新たな証明書の交付を受けたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。 <p>備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4</p>

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) (様式5-1) 新旧対照表

新				旧			
様式5-1		受付番号		様式5-1		受付番号	
長野県収入証紙貼付欄 (1,700円分)				長野県収入証紙貼付欄 (1,700円分)			
注意：収入印紙ではありません。重ねて貼付しないでください。				注意：収入印紙ではありません。重ねて貼付しないでください。			
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)				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)			
年 月 日				年 月 日			
長野県知事様				長野県知事様			
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。				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。			
記				記			
申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名			生年月日	年 月 日		
	フリガナ						
	現住所	〒 -					
	電話番号	(自宅)			(携帯)		
研修機関	勤務先	(名称)			(電話番号)		
	研修機関名(注1)						
	研修機関所在地	〒 -					
認定を受けようとする特定行為	認定を受けようとする特定行為(喀痰吸引等の行為) *該当する特定行為の右欄に○を記載してください。		研修修了年月日(注2)	修了証明書番号(注2)			
	1. 口腔内の喀痰吸引						
	※ 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
	2. 鼻腔内の喀痰吸引						
	※ 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引						
	※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
4. <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(注3)</u>							
※ <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下のみ)</u>							
5. 経鼻経管栄養							
(注1) 研修修了証明書に記載のある研修機関名を記載してください。				(注1) 研修修了証明書に記載のある研修機関名を記載してください。			
(注2) 研修修了証明書に記載している日付と番号を記載してください。				(注2) 研修修了証明書に記載している日付と番号を記載してください。			
(注3) 滴下及び半固形栄養剤両者を修了した場合に記載してください。				(注3) 滴下及び半固形栄養剤両者を修了した場合に記載してください。			
添付書類				添付書類			
1 住民票の写し(原本)				1 住民票の写し(原本)			
2 社会福祉士法及び介護福祉士法附則第11条第3項の各号の規定に該当しない旨の誓約書 添付資料①				2 社会福祉士法及び介護福祉士法附則第11条第3項の各号の規定に該当しない旨の誓約書 添付資料①			
3 喀痰吸引等研修修了証明書の写し				3 喀痰吸引等研修修了証明書の写し			
4 返信用封筒				4 返信用封筒			
5 認定特定行為業務従事者認定証の写し(所持者のみ)				5 認定特定行為業務従事者認定証の写し(所持者のみ)			

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) (様式5-2) 新旧対照表

新					旧				
様式5-2		受付番号			様式5-2		受付番号		
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)					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)				
長野県知事様					長野県知事様				
社会福祉士法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。					社会福祉士法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。				
記					記				
申請者	フリガナ				フリガナ				
	氏名	生年月日			氏名	生年月日			
	フリガナ				フリガナ				
	現住所	〒 -			現住所	〒 -			
	電話番号	(自宅)			電話番号	(自宅)			
	勤務先	(名称)			勤務先	(名称)			
研修機関	研修機関名(注1)				研修機関名(注1)				
	研修機関所在地	〒 -			研修機関所在地	〒 -			
認定を受けようとする特定行為	特定の対象者氏名(注2)				特定の対象者氏名(注2)				
	認定を受けようとする特定行為(喀痰吸引等の行為) *該当する特定行為の右欄に○を記載してください。		研修修了年月日(注3)	修了証明書番号(注3)	認定を受けようとする特定行為(喀痰吸引等の行為) *該当する特定行為の右欄に○を記載してください。		研修修了年月日(注3)	修了証明書番号(注3)	
	1. 口腔内の喀痰吸引				1. 口腔内の喀痰吸引				
	※ 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)				※ 口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)				
	2. 鼻腔内の喀痰吸引				2. 鼻腔内の喀痰吸引				
	※ 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)				※ 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)				
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引				3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引				
※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)				※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)					
4. <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(注4)</u>				4. <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</u>					
※ <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下のみ)</u>				※ <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</u>					
※ <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形栄養剤のみ)</u>				5. 経鼻経管栄養					
5. 経鼻経管栄養									
(注1) 研修修了証明書に記載のある研修機関名を記載してください。 (注2) 複数の対象者に対して認定を受ける場合は、その対象者ごと申請書を作成してください。 (注3) 研修修了証明書に記載している日付と番号を記載してください。 (注4) 滴下及び半固形栄養剤両者を修了した場合に記載してください。					(注1) 研修修了証明書に記載のある研修機関名を記載してください。 (注2) 複数の対象者に対して認定を受ける場合は、その対象者ごと申請書を作成してください。 (注3) 研修修了証明書に記載している日付と番号を記載してください。				
添付書類 1 住民票の写し(原本) 2 申請者が法附則第4条第3項各号の規程に該当しないことを誓約する書面 添付資料① 3 喀痰吸引等研修修了証明書の写し 4 返信用封筒					添付書類 1 住民票の写し(原本) 2 申請者が法附則第4条第3項各号の規程に該当しないことを誓約する書面 添付資料① 3 喀痰吸引等研修修了証明書の写し 4 返信用封筒				

認定特定行為業務従事者認定証登録簿（様式6） 新旧対照表

旧

認定証登録簿番号	氏名	登録年月日	生年月日	住所	特定行為の種類	特定行為の実施日 (特定の者)	認定証の発行日
					<p>【特定行為の種類】</p> <p>※1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		

備考1 「修了資格種別」には、当該者が修了した研修種別(1)～(4)及び経過措置区分ア～ウを記載してください。

(1) 第一号研修 (2) 第二号研修 (3) 第三号研修 (4) 経過措置

2. 「実施行為種別」には研修を修了した行為の「特定行為の認定日」の欄に認定日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、実習を修了した者については、その区分に「O」を記載してください。

※2. 経過措置の適用により「胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養」の特定行為について従事者の実習を受けた者であつて、「胃ろう」のみを認定を受けているものはその区分に「O」を記載してください。

3. 「修了資格種別」において「(3) 第三号研修」を選択した場合は、「対象者氏名(特定の者)」に当該研修を行った外機関の氏名を記載してください。

4. 「認定発行日」は、書式交付を行った場合を含め、最終の発行日を記載してください。

【経過措置の種類】

【ア】ALS（病室閉鎖性肺炎予防化）患者の在宅療養の実施について

【イ】特別支援学校 盲・聾・養護学校におけるALS以外の感染症への取扱いについて

【ウ】在宅におけるALS以外の感染症患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて

【エ】特選】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

【オ】在宅介護(不特定) 介護職員によるたんの吸引等の取扱いについて

【カ】在宅介護(不特定) 平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の取扱いのための研修事業

【キ】在宅介護(不特定) 平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の取扱いのための研修事業

【ク】在宅介護(不特定) 介護職員によるたんの吸引等の取扱いのための研修事業(特定の者対象)

【ク】在宅介護(不特定) 平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の取扱いのための研修事業(特定の者対象)

新

認定証登録簿番号	氏名	登録年月日	生年月日	住所	特定行為の種類	特定行為の実施日 (特定の者)	認定証の発行日
					<p>【特定行為の種類】</p> <p>※1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		
					<p>1. 口腔内の喀痰吸引 ※2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※3. 気管カニューシ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者) ※4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※5. 経鼻経管栄養</p>		

備考1 「修了資格種別」には、当該者が修了した研修種別(1)～(4)及び経過措置区分ア～ウを記載してください。

(1) 第一号研修 (2) 第二号研修 (3) 第三号研修 (4) 経過措置

2. 「実施行為種別」には研修を修了した行為の「特定行為の認定日」の欄に認定日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、実習を修了した者については、その区分に「O」を記載してください。

※2. 経過措置の適用により「胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養」の特定行為について従事者の実習を受けた者であつて、「胃ろう」のみを認定を受けているものはその区分に「O」を記載してください。

3. 「修了資格種別」において「(3) 第三号研修」を選択した場合は、「対象者氏名(特定の者)」に当該研修を行った外機関の氏名を記載してください。

4. 「認定発行日」は、書式交付を行った場合を含め、最終の発行日を記載してください。

【経過措置の種類】

【ア】ALS（病室閉鎖性肺炎予防化）患者の在宅療養の実施について

【イ】特別支援学校 盲・聾・養護学校におけるALS以外の感染症への取扱いについて

【ウ】在宅におけるALS以外の感染症患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて

【エ】特選】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

【オ】在宅介護(不特定) 介護職員によるたんの吸引等の取扱いについて

【カ】在宅介護(不特定) 平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の取扱いのための研修事業

【キ】在宅介護(不特定) 介護職員によるたんの吸引等の取扱いのための研修事業

【ク】在宅介護(不特定) 介護職員によるたんの吸引等の取扱いのための研修事業(特定の者対象)

【ク】在宅介護(不特定) 平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の取扱いのための研修事業(特定の者対象)

認定特定行為業務従事者認定証特定行為変更届出書兼書換交付申請書（様式7-2） 新旧対照表

新	旧																																																																																																																																																		
<p>様式7-2 受付番号 <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>長野県収入証紙貼付欄 (800 円分)</p> <p><small>* 不特定多数の者対象の認定証（第一号研修又は第二号研修修了者を含む。）の書換交付を受ける場合のみ収入証紙を貼付してください。</small></p> <p align="center">認定特定行為業務従事者認定証 特定行為変更届出書 兼書換交付申請書</p> <p align="right">年 月 日</p> <p>長野県知事様</p> <p>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について、認定を受けた特定行為の内容を変更するため届出ます。</p> <p align="center">記</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>認定証登録番号</td> <td></td> <td>登録年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">申請者</td> <td>フリガナ</td> <td rowspan="2">生年月日</td> <td rowspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>現住所</td> <td colspan="2">〒 -</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>(自宅)</td> <td>(携帯)</td> </tr> <tr> <td>勤務先</td> <td>(名称)</td> <td>(電話番号)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">研修機関</td> <td>研修機関名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>研修機関所在地</td> <td colspan="2">〒 -</td> </tr> <tr> <td rowspan="7">特定行為</td> <td colspan="2">追加して認定を受けようとする特定行為 (既に認定を受けている特定行為に○を、新たに追加して認定を受ける特定行為に◎を記載してください。)</td> <td>研修修了年月日</td> <td>修了証明書番号</td> </tr> <tr> <td>1. 口腔内の喀痰吸引</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 鼻腔内の喀痰吸引</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※ <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下的のみ)</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※ <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形栄養剤のみ)</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 経鼻経管栄養</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">特定の対象者氏名</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><small>(注1) この届出で行う変更届の種類 第二号研修修了者が、第一号研修を修了した場合 第一号研修修了者 (又は第二号研修修了者) が、人工呼吸器装着者に対する特定行為を追加した場合 第三号研修修了者が、既に認定証の交付を受けている同じ特定の対象者に対し、特定行為を追加した場合</small></p> <p>添付書類 1 認定特定行為業務従事者認定証 (原本) 2 喀痰吸引等研修修了証明書の写し 3 返信用封筒</p>	認定証登録番号		登録年月日	年 月 日	申請者	フリガナ	生年月日	年 月 日	氏名	フリガナ			現住所	〒 -		電話番号	(自宅)	(携帯)	勤務先	(名称)	(電話番号)	研修機関	研修機関名			研修機関所在地	〒 -		特定行為	追加して認定を受けようとする特定行為 (既に認定を受けている特定行為に○を、新たに追加して認定を受ける特定行為に◎を記載してください。)		研修修了年月日	修了証明書番号	1. 口腔内の喀痰吸引				※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)				2. 鼻腔内の喀痰吸引				※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)				3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引				※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)				4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養				※ <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下的のみ)</u>				※ <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形栄養剤のみ)</u>				5. 経鼻経管栄養				特定の対象者氏名				<p>様式7-2 受付番号 <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>長野県収入証紙貼付欄 (800 円分)</p> <p><small>* 不特定多数の者対象の認定証（第一号研修又は第二号研修修了者を含む。）の書換交付を受ける場合のみ収入証紙を貼付してください。</small></p> <p align="center">認定特定行為業務従事者認定証 特定行為変更届出書 兼書換交付申請書</p> <p align="right">年 月 日</p> <p>長野県知事様</p> <p>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について、認定を受けた特定行為の内容を変更するため届出ます。</p> <p align="center">記</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>認定証登録番号</td> <td></td> <td>登録年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">申請者</td> <td>フリガナ</td> <td rowspan="2">生年月日</td> <td rowspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>現住所</td> <td colspan="2">〒 -</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>(自宅)</td> <td>(携帯)</td> </tr> <tr> <td>勤務先</td> <td>(名称)</td> <td>(電話番号)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">研修機関</td> <td>研修機関名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>研修機関所在地</td> <td colspan="2">〒 -</td> </tr> <tr> <td rowspan="7">特定行為</td> <td colspan="2">追加して認定を受けようとする特定行為 (既に認定を受けている特定行為に○を、新たに追加して認定を受ける特定行為に◎を記載してください。)</td> <td>研修修了年月日</td> <td>修了証明書番号</td> </tr> <tr> <td>1. 口腔内の喀痰吸引</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 鼻腔内の喀痰吸引</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 経鼻経管栄養</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">特定の対象者氏名</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><small>(注1) この届出で行う変更届の種類 第二号研修修了者が、第一号研修を修了した場合 第一号研修修了者 (又は第二号研修修了者) が、人工呼吸器装着者に対する特定行為を追加した場合 第三号研修修了者が、既に認定証の交付を受けている同じ特定の対象者に対し、特定行為を追加した場合</small></p> <p>添付書類 1 認定特定行為業務従事者認定証 (原本) 2 喀痰吸引等研修修了証明書の写し 3 返信用封筒</p>	認定証登録番号		登録年月日	年 月 日	申請者	フリガナ	生年月日	年 月 日	氏名	フリガナ			現住所	〒 -		電話番号	(自宅)	(携帯)	勤務先	(名称)	(電話番号)	研修機関	研修機関名			研修機関所在地	〒 -		特定行為	追加して認定を受けようとする特定行為 (既に認定を受けている特定行為に○を、新たに追加して認定を受ける特定行為に◎を記載してください。)		研修修了年月日	修了証明書番号	1. 口腔内の喀痰吸引				※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)				2. 鼻腔内の喀痰吸引				※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)				3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引				※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)				4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養				5. 経鼻経管栄養				特定の対象者氏名			
認定証登録番号		登録年月日	年 月 日																																																																																																																																																
申請者	フリガナ	生年月日	年 月 日																																																																																																																																																
	氏名																																																																																																																																																		
	フリガナ																																																																																																																																																		
	現住所	〒 -																																																																																																																																																	
	電話番号	(自宅)	(携帯)																																																																																																																																																
勤務先	(名称)	(電話番号)																																																																																																																																																	
研修機関	研修機関名																																																																																																																																																		
	研修機関所在地	〒 -																																																																																																																																																	
特定行為	追加して認定を受けようとする特定行為 (既に認定を受けている特定行為に○を、新たに追加して認定を受ける特定行為に◎を記載してください。)		研修修了年月日	修了証明書番号																																																																																																																																															
	1. 口腔内の喀痰吸引																																																																																																																																																		
	※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)																																																																																																																																																		
	2. 鼻腔内の喀痰吸引																																																																																																																																																		
	※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)																																																																																																																																																		
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引																																																																																																																																																		
	※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)																																																																																																																																																		
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養																																																																																																																																																			
※ <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下的のみ)</u>																																																																																																																																																			
※ <u>胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形栄養剤のみ)</u>																																																																																																																																																			
5. 経鼻経管栄養																																																																																																																																																			
特定の対象者氏名																																																																																																																																																			
認定証登録番号		登録年月日	年 月 日																																																																																																																																																
申請者	フリガナ	生年月日	年 月 日																																																																																																																																																
	氏名																																																																																																																																																		
	フリガナ																																																																																																																																																		
	現住所	〒 -																																																																																																																																																	
	電話番号	(自宅)	(携帯)																																																																																																																																																
勤務先	(名称)	(電話番号)																																																																																																																																																	
研修機関	研修機関名																																																																																																																																																		
	研修機関所在地	〒 -																																																																																																																																																	
特定行為	追加して認定を受けようとする特定行為 (既に認定を受けている特定行為に○を、新たに追加して認定を受ける特定行為に◎を記載してください。)		研修修了年月日	修了証明書番号																																																																																																																																															
	1. 口腔内の喀痰吸引																																																																																																																																																		
	※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)																																																																																																																																																		
	2. 鼻腔内の喀痰吸引																																																																																																																																																		
	※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)																																																																																																																																																		
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引																																																																																																																																																		
	※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)																																																																																																																																																		
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養																																																																																																																																																			
5. 経鼻経管栄養																																																																																																																																																			
特定の対象者氏名																																																																																																																																																			