

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

平成 24 年 4 月 1 日現在、たんの吸引等を実施している場合、「平成 24 年 4 月 1 日」と記入すること

平成 24 年 4 月 1 日

山形県知事 殿

申請者 住所 山形市松波二丁目8番1号

電話 (023) 630-0000

氏名 〇〇 〇〇

性別 男 女

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

所属 特別養護老人ホーム〇〇荘

申請者の住所・氏名・性別・生年月日・所属が申請書（17-1）と一致していること

私は、下記について事実であることを誓約します。

記

(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 条関係)

私は、現在、介護の業務に従事しており、以下の通知又は事業（# 1）に基づき、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為（# 2）を実施しています。（※）

※ 一時的に離職している者（育児休業中、やむを得ず離職し転職活動中等の者）及び以下の通知又は事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない者を含む。（# 3）

* 以下の該当する項目について、□に「✓」をつけてください。

Table with 2 columns: 通知名又は事業名（# 1） and 実施可能な行為の範囲（# 2）. It lists four categories of care (ALS, blind/hearing impaired, home care, and nursing home) and the corresponding suction and nutrition methods (oral, nasal, tracheal, and enteral).

□	⑤介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象）（平成22年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
☑	⑥「平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施」について（平成23年10月6日老発1006号第1号 厚生労働省老健局長通知）	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形栄養剤を除く） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形栄養剤を含む） <input checked="" type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
□	⑦介護職員によるたんの吸引等の試行事業（特定の者対象）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
□	⑧平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（特定の者対象）の実施について（平成23年11月11日障発1111第2号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

チェック項目が17-1、17-3と一致していること

(#3)

- 現在、喀痰吸引等の行為を実施している。
- 過去に喀痰吸引等の行為を実施していたが、現在一時離職中である。
(離職中の理由：)
- 通知又は事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない。

* 研修歴等を証明する書類があれば添付してください。

「離職中」にチェックが入っている場合、理由の欄に記入すること。

* (#1)のうち①～③、⑦または⑧に該当する場合は、以下の表の左の欄に対象者氏名を記載し、中央の欄に(#1)にある通知名又は事業名の番号を記載し、右の欄の行為名の該当する項目に「✓」をつけてください。

対象者氏名	通知名又は事業名の番号	行為名
<div data-bbox="359 376 869 477" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 「不特定の者」の登録の場合は記入しない。 </div>		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(※欄が足りない場合は適宜加えてください。)