

介護福祉士・認定特定行為業務従事者 名簿

記入例(第三号研修用)

登録番号	番号	氏名	介護福祉士登録証登録番号	介護福祉士登録証登録年月日	認定特定行為業務従事者認定証登録番号	認定特定行為業務従事者認定証登録年月日	本籍(国籍)	生年月日	修了研修課程	対象者氏名(特定の者)	修了した実地研修の種別	実地研修実施機関名称	修了年月日
062000***	1	〇〇 〇〇					日本	昭和〇年〇月〇日	3	山形花子	①②③(人工)	登録研修機関〇〇(訪問看護ステーション〇〇)	平成〇年〇月〇日
062000***	2	△△ △△					日本	昭和〇年〇月〇日	3	山形花子・山形一男	①②③④(人工)	登録研修機関〇〇(訪問看護ステーション〇〇)	平成〇年〇月〇日
062000***	3	□□ □□					日本	昭和〇年〇月〇日	3		①③⑤	登録研修機関〇〇	平成〇年〇月〇日
062000***	4	☆☆ ☆☆					日本	昭和〇年〇月〇日			①③⑤	登録研修機関〇〇	平成〇年〇月〇日
062000***	5	◇◇ ◇◇					日本	昭和〇年〇月〇日			①③⑤	登録研修機関〇〇	平成〇年〇月〇日

既に登録特定行為事業者の登録を受けている事業者は、登録番号を記載してください。初めて登録を受ける場合は、記載不要です。

従業者認定証交付申請書と一致していること

平成27年3月末までは、介護福祉士登録番号は記載不要

既に認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けている場合は、記載してください。まだ交付を受けておらず、認定証の交付申請と同時申請の場合は、記載不要です。

特定の者対象の研修は「3」。(平成24年3月までに研修を修了した場合は経過措置のため「4」に該当)

たんの吸引等を実施する利用者名を記載してください。(実地研修の対象者と同一者)
複数名の場合は、「A子・B男・C子」と記載してください。(研修の種別・研修機関・修了年月日が同一の場合)

①～⑦のうち該当するものを記載してください。(従業者認定証交付申請書と一致していること)
人工呼吸器装着者への研修を終了した場合は、括弧書きで「(人工)」と追記してください。

登録研修機関名を記載してください。(実地研修について、訪問看護ステーション等へ委託された場合は、括弧書きで実際に実地研修を行った訪問看護ステーション等の事業所名を記載してください。)

実地研修を終了した日を記載してください。(修了証の日付)

- 備考 1 「登録番号」の欄は既に登録を受けている事業者は登録番号を記載してください。
- 2 「番号」の欄は各事業者における任意の番号を記載してください。
- 3 看護師等の免許をもって介護職員として喀痰吸引等業務を行う者については、保有資格名及び登録番号等を介護福祉士登録証番号記載欄に記載してください。
- 4 「修了研修課程」には、当該者が修了した研修課程等の番号(1～5)を記載してください。
- 1) 喀痰吸引及び経管栄養の全て：省令別表第一号研修(不特定多数の者対象)
 - 2) 喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろうによる経管栄養：省令別表第二号研修(不特定多数の者対象)
 - 3) 各喀痰吸引等行為の個別研修：省令別表第三号研修(特定の者対象)
 - 4) 経過措置対象者
 - 5) 介護福祉士の養成課程等において医療的ケアに関する科目を修了した者
- 5 「既修了課程」において「3」を選択した場合は、「対象者氏名(特定の者)」に対象者の氏名を記載してください。「4」を選択した者で、対象者が限定される場合も同様に記載してください)
- 6 「修了した実地研修の種別」には実地研修の種類を以下から選択し、番号を記載してください。(「①②④」などと記載。コンマやスペースは不要)
- 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(半固形の栄養剤を除く)
 - ⑤ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形の栄養剤を含む)
 - ⑥ 胃ろうによる経管栄養(チューブの接続及び注入開始を除く)
 - ⑦ 経鼻経管栄養
- ※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、その旨を合わせて記載してください。
- ※2. 平成22年4月1日付け医政発0401第17号厚生労働省医政局長通知「特別介護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」に基づき研修を修了した者は、修了課程により①、⑥を選択してください。
- 7 「修了年月日」には実地研修を修了した年月日を記載してください。