

介護職員等による喀痰吸引等実施要綱

第1条

「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（平成23年法律第72号）」により改正された「社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）」の規定に基づく介護職員等による喀痰吸引及び経管栄養（以下「喀痰吸引等」という。）の実施のための必要な手続その他の事項については、「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則」（昭和62年厚生省令第49号）、及び平成23年11月11日社援発1111第1号厚生労働省社会・援護局長通知に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

第2条 喀痰吸引等業務の登録申請等に係る様式については、別表第1に定めるとおりとする。

第3条 登録喀痰吸引等事業所番号等の設定については、別表第2に定めるとおり行うものとする。

第4条 この要綱に規定するもののほか、介護職員等による喀痰吸引等の実施に関し必要な事項は、別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成24年3月15日から適用する。

附 則

この要綱は、令和2年1月20日から適用する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から適用する。

別表第 1

1 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）関係

(1) 事業者登録申請等

書類名	様式
法第 48 条の 3 第 2 項及び省令第 26 条の 2 第 1 項の申請書	第 1-1 号様式
省令第 26 条の 2 第 2 項に規定する介護福祉士の氏名に関する書類	第 1-2 号様式
省令第 26 条の 2 第 1 項第 3 号の書面	第 1-3 号様式
省令第 26 条の 2 第 1 項第 4 号の書面	第 1-4 号様式

(2) 登録事業者の管理

書類名	様式
法第 48 条の 5 第 2 項・法附則第 20 条第 2 項に規定する登録簿	第 2 号様式

(3) 事業者の登録更新等

書類名	様式
法第 48 条の 6 第 1 項及び第 2 項・法附則第 20 条第 2 項の規定による届出等に関する書類	
・実施行為の追加に係る事前届出事項用様式	第 3-1 号様式
・登録内容の変更等に係る事後届出事項用様式	第 3-2 号様式
・登録辞退用様式	第 3-3 号様式

2 認定特定行為業務従事者認定証関係

(1) 認定特定行為業務従事者認定証

書類名	様式
法附則第4条第1項に規定する認定特定行為業務従事者認定証	
・省令別表第一号、第二号研修修了者用様式	第4-1号様式
・省令別表第一号、第二号研修修了者用、交付事務委託用様式	第4-2号様式
・省令別表第三号研修修了者用様式	第4-3号様式
・省令別表第三号研修修了者用、交付事務委託用様式	第4-4号様式

(2) 認定証交付申請等

書類名	様式
省令附則第5条の規定による申請書	
・省令別表第一号、第二号研修修了者用様式	第5-1号様式
・省令別表第三号研修修了者用様式	第5-2号様式
法附則第4条第3項各号のいずれにも該当しない旨の誓約書	第5-3号様式

(3) 認定特定行為業務従事者の管理

書類名	様式
法附則第4条第1項の規定による認定特定行為業務従事者認定証の交付に関する書類	第6号様式

(4) 認定証の変更届出等

書類名	様式
省令附則第7条の規定による変更の届出に関する書類	第7号様式
省令附則第8条第1項に規定する再交付申請書	第8号様式

(5) 認定の取消等

書類名	様式
法附則第4条第4項の規定による業務の停止又は返納に関する書類	
・認定証の返納、業務停止命令用様式	第9号様式
・都道府県間連絡・業務停止処分用様式	第10-1号様式
・都道府県間連絡・認定証返納処分用様式	第10-2号様式
・認定辞退用様式	第11号様式

3 登録研修機関関係

(1) 登録研修機関登録申請等

書類名	様式
省令附則第 10 条第 1 項の申請書	第 12-1 号様式
省令附則第 10 条第 2 項第 3 号の書面	第 12-2 号様式
省令附則第 10 条第 2 項第 4 号の書類	第 12-3 号様式

(2) 登録研修機関の管理

書類名	様式
法附則第 8 条第 2 項に規定する研修機関登録簿	第 13 号様式

(3) 登録研修機関の登録更新等

書類名	様式
法附則第 9 条の規定による登録の更新に関する書類	第 14-1 号様式
法附則第 11 条の規定による変更の届出に関する書類	第 14-2 号様式

(4) 業務規程

書類名	様式
法附則第 12 条第 1 項の規定による変更の届出に関する書類	第 15 号様式

(5) 登録研修機関の休廃止届出

書類名	様式
法附則第 13 条の規定による業務の休廃止の届出に関する書類	第 16 号様式

4 認定特定行為業務従事者認定証関係（改正法附則第 14 条関係）

（1）認定証交付申請等

書類名	様式
改正省令附則第 4 条第 1 項の申請書	第 17-1 号様式
改正省令附則第 4 条第 1 項第 2 号の書類	
・ 本人誓約書	第 17-2 号様式
・ 第三者証明書	第 17-3 号様式
改正省令附則第 4 条第 1 項第 3 号の書類	第 17-4 号様式

（2）認定特定行為業務従事者認定証（改正法附則第 14 条関係）

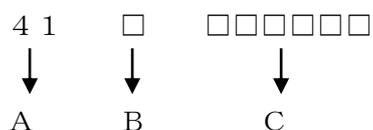
書類名	様式
改正法附則第 14 条第 2 項に規定する認定特定行為業務従事者認定証	
・ 不特定多数の者対象用様式	第 18-1 号様式
・ 特定の者対象用様式	第 18-2 号様式

別表第2

登録喀痰吸引等事業者番号等の設定について

(1) 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）番号の設定

都道府県の別、登録喀痰吸引等事業者と登録特定行為事業者の別を登録番号の中で示すため、以下の体系とする。また、県で独自の区分を追加する必要がある場合には、番号の末尾に桁数を追加して用いることとする。



A：都道府県番号（2桁）

B：事業者区分（1桁）

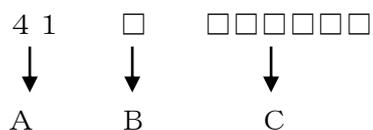
不特定多数の者を対象とする事業者にあつては1
特定の者のみを対象とする事業者にあつては2

C：事業者番号（6桁）

（県において任意の番号を付番）

(2) 認定特定行為業務従事者（経過措置の適用により認定される者を含む）番号の設定

都道府県の別、経過措置適用の有無を登録番号の中で示すため、以下の体系とする。また、県で独自の区分を追加する必要がある場合には、番号の末尾に桁数を追加して用いることとする。



A：都道府県番号（2桁）

B：経過措置適用区分（1桁）

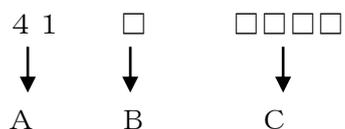
経過措置を適用しない者にあつては1
経過措置を適用する者にあつては2

C：従事者番号（6桁）

（県において任意の番号を付番）

(3) 登録研修機関番号の設定

都道府県の別、実施する研修課程の種別を登録番号の中で示すため、以下の体系とする。また、県で独自の区分を追加する必要がある場合には、番号の末尾に桁数を追加して用いることとする。



A：都道府県番号（2桁）

B：実地研修課程区分（1桁）

省令別表第一号、第二号研修を開講する機関（第一号、第二号と第三号研修を合わせて開講する場合も含む）にあつては1

省令別表第三号研修を開講する機関にあつては2

C：研修機関番号（4桁）

（県において任意の番号を付番）

受付番号	
------	--

年 月 日

佐賀県 知事 殿

主たる事業所の
 所在地
 申請者
 代表者名

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について事業者の登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

				事業所所在地市町村番号		
申請者	フリガナ					
	事業所名称					
	事業所所在地		(郵便番号 -)			
			都 道		市 区	
			府 県		町 村	
			(ビルの名称等)			
電話番号				個人・法人の種類		
代表者の氏名・	フリガナ			生年月日	年 月 日	
職名・生年月日	氏名			職名		
実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為				事業開始予定年月日		
1. 口腔内の喀痰吸引				年 月 日		
2. 鼻腔内の喀痰吸引				年 月 日		
3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引				年 月 日		
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養				年 月 日		
5. 経鼻経管栄養				年 月 日		
介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名				(様式 1 - 2)		

- 備考 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「個人・法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。
- 3 「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は該当する行為毎に「○」を記載してください。
- 4 「事業開始予定年月日」欄は、該当する行為毎に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 5 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 1 設置者に関する書類
 - (1) 設置者が法人である場合
法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（省令第26条の2第1項関係）
 - (2) 申請者が個人である場合
住民票の写し（省令第26条の2第2項関係）
- 2 社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号に該当しないことを誓約する書面（省令第26条の2第3項関係）
- 3 法第48条の5第1号各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（省令第26条の2第4項関係）
- 4 喀痰吸引等の業務に従事する介護福祉士においては介護福祉士登録証、認定特定行為業務従事者については認定特定行為業務従事者認定証の写し、また看護師等の資格をもって喀痰吸引等業務を行う者については免許証の写し

介護福祉士・認定特定行為業務従事者 名簿

番号	氏名	介護福祉士登録証登録番号 /登録年月日	認定特定行為業務従事者認定証 登録番号/登録年月日	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 の種類	実地研修実施機関名称	修了年月日

備考 1 「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。

2 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。

3 「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

4 「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)

5 「修了した実地研修の種類」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。

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. 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認定を受けた者であって、「胃ろう」のみの認定を受けているものはその旨を記載してください。

6 「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。

(様式 1 - 3)

社会福祉士及び介護福祉士法第 48 条の 4 各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

佐賀県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあっては名称及び代表者名)

※氏名は代表者本人が自署 (注 1)

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が該当しないことを誓約します。)

記

(社会福祉士及び介護福祉士法第四十八条の四)

- 一 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して二年を経過しない者。
- 二 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して二年を経過しない者。
- 三 第四十八条の七の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者。
- 四 法人であつて、その業務を行う役員のうち前三号のいずれかに該当する者があるもの。

(関連規定)

法第四十八条の四第二号の政令で定める社会福祉又は保健医療に関する法律の規定は、児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、薬事法、薬剤師法、児童扶養手当法、老人福祉法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、介護保険法、障害者自立支援法、平成二十二年度等における子ども手当の支給に関する法律及び平成二十三年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法の規定とする。

(注1) 申請者が法人の場合にあっては、下記に担当部署の責任者及び担当者の所属部署、役職、氏名及び連絡先記載することで法人代表者の氏名を記名とすることができる。

担当部署

担当部署責任者 (役職・氏名)

書類作成担当者 (役職・氏名)

連絡先

佐賀県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録適合書類

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第26条の2第1項第4号に規定する登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の登録要件に該当することを証する書類について下記のとおり、関係書類を添えて提出します。

申請者	フリガナ			
	事業所名称			
	事業所所在地		(郵便番号 -)	
			都 道	市 区
			府 県	町 村
			(ビルの名称等)	
電話番号		個人・法人の種別		
代表者の氏名・	フリガナ	生年月日	年 月 日	
職名・生年月日	氏名	職名		
要件	適合要件		該当書類名	
	1. 法第四十八条の五第一項第一号で定める要件（医師、看護師等との連携確保）			
	①喀痰吸引等の実施に際し、医師から文書による指示を受けること			
	②利用者の状態について医師、看護職員が定期的に確認すること			
	③医療従事者と介護職員とで適切な役割分担、情報連携が図られていること			
	④医療従事者と連携のもと、利用者ごとの喀痰吸引等実施計画書を作成すること			
	⑤喀痰吸引等実施報告書を作成し、担当医師に提出すること			
	⑥緊急時における医療従事者との連絡方法が定められていること			
	2. 法第四十八条の五第一項第二号で定める要件（喀痰吸引等の実施内容及び実施記録）			
	①喀痰吸引等の実地研修まで修了した介護職員等が業務を行うこと			
	②介護福祉士への実地研修実施方法が規定されていること			
	③安全委員会の設置が規定されていること			
	④安全性確保のための研修体制が確保されていること			
	⑤喀痰吸引等実施のために必要な備品が備わっていること			
⑥衛生面を考慮した備品の管理方法が規定されていること				
⑦感染症の予防、発生時の対応方法が規定されていること				
⑧喀痰吸引等実施に対する利用者、家族への説明、同意手順が規定されていること				
⑨業務を通じて知り得た情報の秘密保持措置が規定されていること				

備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。

2 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。

3 「要件」欄はそれぞれの適合要件について、以下の要領をふまえた資料を作成し、その書類名を「該当書類名」に記載してください。以下に記載する項目も含めて、「業務方法書」として一括した書類作成を行う場合には、「業務方法書」の名称及び該当ページ数を記載してください。

適合要件1-② 連携する予定の医療機関等について記載した資料を作成してください

適合要件2-② 「登録特定行為事業者」においては2-②の資料提出は不要のため「該当書類名」欄には「-（ハイフン）」を記載してください

適合要件2-③ 安全委員会の構成員及び、協議する内容と実施頻度等について記載した資料を作成してください

適合要件2-⑤ 備品の一覧表を作成してください

4 「該当書類名」に記載した書類及び、その他関連する資料がある場合は合わせて提出してください。

登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録簿

登録番号	登録年月日	事業者区分		名称	住所	電話番号	実施行為	事業開始年月日	更新年月日	登録取消年月日
		登録喀痰吸引等事業者	登録特定行為事業者							
				代表者(法人名)						
				事業所						

- 備考 1 「登録番号」の欄は国で定めた付番基準に従って記載してください。
 2 「事業者区分」欄は「登録喀痰吸引等事業者」「登録特定行為事業者」のうち、該当するものに「○」を記載してください。
 3 「実施行為」欄には各事業者が実施する喀痰吸引等(特定行為)の行為種別を以下から選択し、番号を記載してください。
 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経鼻経管栄養

佐賀県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録更新申請書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について、実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為を追加したいため、以下の通り申請します。

登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）										
申請者	フリガナ									
	事業所名称									
	事業所所在地	(郵便番号 -)								
		都道 市区 府県 町村								
		(ビルの名称等)								
電話番号										
実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為					事業開始（予定）年月日					
	1. 口腔内の喀痰吸引				年	月	日			
	2. 鼻腔内の喀痰吸引				年	月	日			
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引				年	月	日			
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養				年	月	日			
	5. 経鼻経管栄養				年	月	日			
介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名					(様式1-2)					

- 備考1 「受付番号」の欄には記載しないでください。
- 「登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
 - 「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は既に登録を受けている行為には「◎」を、新たに登録を受ける行為は「○」を、それぞれ左側の空欄に記載してください。
 - 「事業開始（予定）年月日」欄は、該当する行為毎に事業の開始年月日（新たに登録を受けるものにあたってはその予定時期）を記載してください。
 - 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 法第48条の5第1号各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（省令第26条の2第4項関係）
- その他（※1に記載されている場合は省略可。）
 - ・喀痰吸引等業務の実施に係る備品一覧
 - ・緊急時の体制に関する資料
 - ・記録等の整備状況に関する資料
 - ・実地研修の実施に関わる資料（登録喀痰吸引等事業者のみ）

(様式 3 - 2)

受付番号

年 月 日

佐賀県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）変更登録届出書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について、登録を受けた内容を変更するため、同法第48条の6の規定に基づき届け出ます。

登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）									
申請者	フリガナ								
	事業所名称								
	事業所所在地	(郵便番号 -)		都 道		市 区			
		府 県		町 村					
		(ビルの名称等)							
	電話番号								
変更が発生する事項					変更内容の概要				
1. 設置者に係る事項					(変更前)				
	①代表者氏名								
	②代表者の住所								
	③事業所の名称								
	④事業所の所在地								
	⑤法人の寄附行為又は定款								
2. 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の登録に係る事項					(変更後)				
	①業務方法書								
	②喀痰吸引等を行う介護福祉士・認定特定行為業務従事者の名簿								
	③喀痰吸引等の実施に係る備品一覧								
	④実地研修責任者の氏名								
変 更 年 月 日					年 月 日				

- 備考1 「受付番号」の欄には記載しないでください。
- 「登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
 - 変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。
 - 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連する資料の名称を記載してください。
 - 変更内容が分かる書類を添付してください（名簿の変更においては、介護福祉士であれば登録証、認定特定行為業務従事者であれば認定証、看護師であれば免許証の写しを合わせて提出してください）。

(様式 3 - 3)

受付番号

年 月 日

佐賀県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録辞退届出書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について、次のとおり登録を辞退したいので届け出ます。

登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）											
申請者	フリガナ										
	事業所名称										
	事業所所在地	(郵便番号 -)		都 道		市 区		府 県		町 村	
		(ビルの名称等)									
	電話番号										
登録を受けた年月日		年 月 日		登録を辞退する予定年月日		年 月 日					
登録を辞退する喀痰吸引等（特定行為）の行為		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. 経鼻経管栄養									
登録を辞退する理由											
現在喀痰吸引等（特定行為）を受けている対象者に対する措置											

- 備考1 登録を辞退する日の一月前までに届け出て下さい。
- 「受付番号」の欄には記載しないでください。
 - 「登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
 - 登録を辞退する行為に「○」を記載してください。

(様式 4 - 1)

(表面)

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)

氏名

生年月日

登録年 月 日

登録番号

特定行為種別

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 3 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。

年 月 日

佐賀県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 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。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

(様式 4 - 2)

(表面)

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)

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

特定行為種別

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 3 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。

年 月 日

法人名

代表者名

㊟

〇〇〇〇（認定証交付事務受託機関名）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 5 条に定める認定証交付事務受託機関として、△△△県知事が認めた認定特定行為業務従事者認定証の交付機関である。

年 月 日

佐賀県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 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。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

(様式 4 - 3)

(表面)

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)

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

対象者氏名

特定行為種別

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 3 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。

年 月 日

佐賀県知事



(裏面)

(注意)

- 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。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

(様式 4 - 4)

(表面)

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)

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

対象者氏名

特定行為種別

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 3 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。

年 月 日

法人名

代表者名

㊟

〇〇〇〇（認定証交付事務受託機関名）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 5 条に定める認定証交付事務受託機関として、△△△県知事が認めた認定特定行為業務従事者認定証の交付機関である。

年 月 日

佐賀県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 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。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

佐賀県知事 殿

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、第二号研修修了者対象)

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。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名			
	研修機関所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
		(ビルの名称等)		
		認定を受けようとする特定行為		研修修了年月日 / 修了証明書番号
		1. 口腔内の喀痰吸引		年 月 日 /
		※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)		年 月 日 /
		2. 鼻腔内の喀痰吸引		年 月 日 /
		※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)		年 月 日 /
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引		年 月 日 /	
	※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)		年 月 日 /	
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		年 月 日 /	
	5. 経鼻経管栄養		年 月 日 /	

備考1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修 (特定の者対象の研修) を受講した方は様式5-2により申請してください。

2 「受付番号」欄には記載しないでください。

3 認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。

※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、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。

4 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 1 住民票 (写)
- 2 申請者が法附則第4条の第3号各号に該当しないことを誓約する書面
- 3 喀痰吸引等研修の修了証明書

佐賀県知事 殿

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)

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。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名			
	研修機関所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
		(ビルの名称等)		
	氏名 (特定の者)			
		認定を受けようとする特定行為		研修修了年月日/ 修了証明書番号
		1. 口腔内の喀痰吸引		年 月 日/
		2. 鼻腔内の喀痰吸引		年 月 日/
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引		年 月 日/	
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		年 月 日/	
	5. 経鼻経管栄養		年 月 日/	

- 備考 1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一号、第二号研修（不特定多数の者対象の研修）を受講した方は様式5-1により申請してください。
- 2 複数の対象者に対して認定を受ける場合は、その対象者ごとに申請書を作成してください。
- 3 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 4 「氏名 (特定の者)」には、研修修了証明書に記載されている「対象者氏名」を記載してください。
- 5 認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。
- 6 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 1 住民票 (写)
- 2 申請者が法附則第4条の第3号各号に該当しないことを誓約する書面
- 3 喀痰吸引等研修の研修修了証明書

(様式 5 - 3)

社会福祉士法及び介護福祉士法附則第 4 条第 3 項の各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

佐賀県知事 殿

申請者 住所

氏名 (自署)

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

(社会福祉士法及び介護福祉士法附則第四条第三項)

- 一 心身の故障により特定行為の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 二 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 三 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 四 第四十二条第二項において準用する第三十二条第一項第二号又は第二項の規定により介護福祉士の登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者
- 五 次項の規定により認定特定行為業務従業者認定証の返納を命ぜられ、その日から二年を経過しない者

(関連規定)

法附則第四条第三項第一号の厚生労働省令で定める者は、精神の機能の障害により特定行為の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。

法附則第四条第三項第三号の政令で定める社会福祉又は保健医療に関する法律の規定は、児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、薬事法、薬剤師法、児童扶養手当法、老人福祉法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、介護保険法、障害者自立支援法、平成二十二年度等における子ども手当の支給に関する法律及び平成二十三年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法の規定とする。

認定特定行為業務従事者認定証 登録簿

認定証登録番号	経過措置区分	氏名	登録年月日	生年月日	住所	修了研修種別	実施行為種別	研修機関名	研修修了日	対象者氏名(特定の者)	更新日	取消日	取消書番号
							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 ※胃ろうによる経管栄養						
							5. 経鼻経管栄養						
							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 ※胃ろうによる経管栄養						
							5. 経鼻経管栄養						
							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 ※胃ろうによる経管栄養						
							5. 経鼻経管栄養						

- 備考 1 「認定証登録番号」の欄は国で定める採番基準に従って記載してください。
- 2 「経過措置区分」の欄は、平成24年度以降の登録研修機関での研修を修了した者は「1」を、経過措置対象者として認定証を交付する者は「2」を記載してください。
- 3 「修了研修種別」には、当該者が修了した研修課程の番号(1~4)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
- 4 「実施行為種別」には研修を修了した行為の種類に「○」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「○」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認定を受けた者であって、「胃ろう」のみの認定を受けているものはその区分に「○」を記載してください。
- 5 「修了研修種別」において「3」を選択した場合は、「対象者氏名(特定の者)」に実地研修を行った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 「研修修了日」には実地研修を修了した年月日を記載してください。
- 7 既に一度認定を受けた者が、認定行為の追加を受ける場合には、該当者の項目を更新してください。ただし、別表第三号研修を修了した者で行為対象者が変更(増える場合も含む)になる場合は、新たな項目を作成し、登録番号も別のものを割り当ててください。

(様式 7)

受付番号

年 月 日

佐賀県知事 殿

認定特定行為業務従事者認定証 変更届出書

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者の認定について、認定を受けた内容を変更するため届け出ます。

認定証登録番号										
申請者	フリガナ								生年月日	年 月 日
	氏名								電話番号	
	住所	(〒 -)		都 道	市 区	府 県	町 村			
変更が発生する事項					変更内容の概要					
1. 申請者氏名					(変更前)					
2. 申請者の住所					(変更後)					
3. 特定行為の種別										
変 更 年 月 日					年 月 日					

- 備考 1 「受付番号」の欄には記載しないでください。
- 「認定証登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
 - 変更が発生する項目に「○」を記載してください。
 - 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載してください。
 - 認定特定行為業務従事者認定証（写）を添付してください。
 - その他、変更内容が分かる書類（住民票の写し等）を添付してください。

(様式 9)

認定特定行為業務従事者 認定取消書

年 月 日

様
(認定証登録番号：)

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者について、以下の事由により認定証の返納、業務停止を命じます。

取消事由該当区分	取消事由	処分
	1. 法附則第四条の各号（第五号を除く）に該当するため	認定証返納／業務停止
2. 特定行為の業務に関し不正の行為があったため	認定証返納／業務停止	
3. 虚偽又は不正の事実に基づいて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けたため	認定証返納／業務停止	
4. その他	認定証返納／業務停止	
取消理由		

年 月 日

佐賀県知事 ㊟

業務停止処分に関する都道府県間連絡通知

年 月 日

(当該従事者へ認定証を発行した都道府県の) 知事 殿

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者について、以下の事由により特定行為の業務停止を命じることとしたため、連絡します。

認定 取消 対象 者	認定登録番号		交付年月日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
取消事由 該当区分	取消事由			
	1.	法附則第四条の各号(第五号を除く)に該当するため		
	2.	特定行為の業務に関し不正の行為があったため		
	3.	虚偽又は不正の事実に基づいて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けたため		
	4.	その他		
取消理由				

年 月 日

(当該従事者が居住する都道府県の) 知事 ㊦

認定証返納処分に関する都道府県間連絡通知

年 月 日

(当該従事者へ認定証を発行した都道府県の) 知事 殿

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者について、以下の事由により認定特定行為業務従事者認定証の返納を命じることが適当と思われるため、連絡します。

認定 取消 対象 者	認定登録番号		交付年月日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
取消事由 該当区分	取消事由			
	1.	法附則第四条の各号(第五号を除く)に該当するため		
	2.	特定行為の業務に関し不正の行為があったため		
	3.	虚偽又は不正の事実に基づいて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けたため		
	4.	その他		
取消理由				

年 月 日

(当該従事者が居住する都道府県の) 知事 ㊟

(様式 11)

受付番号	
------	--

年 月 日

佐賀県知事 殿

認定特定行為業務従事者 認定辞退届出書

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者の認定について、次のとおり辞退したいので届け出ます。

認定証登録番号											
フリガナ							生年月日			年 月 日	
氏名							電話番号				
住所	(郵便番号 -)										
			都 道				市 区				
			府 県				町 村				
認定を受けた年月日			年 月 日			認定を辞退する予定年月日			年 月 日		
認定を辞退する理由											

- 備考 1 認定を辞退する日の一月前までに届け出てください。
- 2 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修（特定の者対象の研修）を修了した者であり、複数の対象者に対して認定を受けているものにあつては、その認定証ごとに届出書を作成してください。
- 3 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 4 「認定証登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
- 5 認定特定行為業務従事者認定証を添付して下さい。

受付番号

年 月 日

佐賀県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録研修機関 登録申請書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める登録研修機関の登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

				事業所所在地市町村番号	
申請者	フリガナ				
	事業所名称				
	事業所所在地	(郵便番号 -)			
		都道 府県	市区 町村		
		(ビルの名称等)			
電話番号			個人・法人の種別		
代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ		職名		
	氏名		生年月日	年	月 日
喀痰吸引等研修の課程			研修開始予定年月日	研修受講予定人数	
	1. 喀痰吸引及び経管栄養のすべて：省令別表第一号研修（不特定多数の者対象）		年 月 日		
	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）		年 月 日		
	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）		年 月 日		

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。
- 3 「喀痰吸引等研修の課程」欄は該当する課程に「○」を記載してください。
- 4 「研修開始予定年月日」欄は、該当する課程ごとに研修の開始予定年月日を記載してください。
- 5 「研修受講予定人数」欄は、一回の募集で受け付ける受講者の予定最大人数を記載してください。
- 6 以下の添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

1 設置者に関する書類

(1) 設置者が法人である場合

法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（省令附則第10条第2項第1号関係）

(2) 申請者が個人である場合

住民票の写し（省令附則第10条第2項第2号関係）

2 社会福祉士法及び介護福祉士法附則第7条の規定に該当しない旨の誓約書（省令附則第10条第2項第3号関係）

3 法附則第8条第1項各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（省令附則第10条第2項第4号関係）

4 実地研修の一部を委託する場合には、当該研修機関に関する資料

社会福祉士及び介護福祉士法附則第7条の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

佐賀県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

※氏名は代表者本人が自署 (注1)

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が該当しないことを誓約します。)

記

(社会福祉士及び介護福祉士法附則第七条)

- 一 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者。
- 二 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者。
- 三 附則第十六条の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者。
- 四 法人であつて、その業務を行う役員のうち前三号のいずれかに該当する者があるもの。

(関連規定)

法附則第七条第二号の政令で定める社会福祉又は保健医療に関する法律の規定は、児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、薬事法、薬剤師法、児童扶養手当法、老人福祉法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、介護保険法、障害者自立支援法、平成二十二年度等における子ども手当の支給に関する法律及び平成二十三年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法の規定とする。

(注1) 申請者が法人の場合にあつては、下記に担当部署の責任者及び担当者の所属部署、役職、氏名及び連絡先記載することで法人代表者の氏名を記名とすることができる。

担当部署

担当部署責任者 (役職・氏名)

書類作成担当者 (役職・氏名)

連絡先

佐賀県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録研修機関 登録適合書類

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第 10 条第 2 項第 4 号に規定する登録研修機関の登録要件に該当することを証する書類について下記のとおり、関係書類を添えて提出します。

申請者	フリガナ			
	事業所名称			
	事業所所在地	(郵便番号 -)		
		都道 府県	市区 町村	
		(ビルの名称等)		
電話番号		個人・法人の種別		
代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ	職名		
	氏名	生年月日	年 月 日	
要件	適合要件		該当書類名	
	1. 法附則第八条第一項第一号で定める要件 (研修内容)			
	喀痰吸引等に関する法律制度及び実務に関する科目について講習を行うこと			
	2. 法附則第八条第一項第二号で定める要件 (講師の要件)			
	喀痰吸引等に関する実務に関する科目の講師は、医師、看護師、保健師、助産師の資格を保有していること			
	3. 法附則第八条第一項第三号で定める要件 (研修の実施内容)			
	①受講者の数を勘案した十分な数の講師が確保されていること			
	②研修に必要な機械器具、図書その他の設備を有すること			
	③研修業務を適正に実施するために必要な経理的基礎を有すること			
	④講師の氏名及び担当する科目を記載した書類を備えること			
⑤研修修了者の名簿を作成し、業務廃止まで保管すること				
⑥課程ごとの研修修了者一覧表を定期的に都道府県に提出すること				

備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。

2 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。

3 「要件」欄はそれぞれの適合要件について、以下の要領をふまえた資料を作成し、その書類名を「該当書類名」に記載してください。以下に記載する項目以外の規定等について、業務規程書として合わせて作成を行う場合には、その業務規程書の名称及び、該当ページ数を記載してください。

適合要件 1 業務規程に記載するとともに、別途カリキュラム表を作成してください。なお、人工呼吸器装着者へ対する喀痰吸引の演習、実習を行う場合は、その旨を業務規程及び、カリキュラムに記載してください。

適合要件 2 講師ごとに講師履歴書を作成してください (医師、看護師等の資格所有者についてはその免許証の写しを合わせて提出してください)。

適合要件 3-① 業務規程中に必要講師数を記載し、別途講師一覧表を作成してください。

適合要件 3-② 備品の一覧表及び、図書目録を作成してください。

適合要件 3-④ 「2」で作成した講師履歴書及び、講師一覧表（3-①の講師一覧に担当科目が含まれているのであれば同じものでも差し支えない）を作成してください。

4 その他、関連する資料がある場合は合わせて提出してください。

(様式13)

登録研修機関 登録簿

登録番号	登録年月日	名称		住所	電話番号	実施研修課程	業務開始年月日	更新年月日	登録取消年月日
		代表者(法人名)							
		事業所							

- 備考 1 「登録番号」の欄は国で定める採番基準に従って記載してください。
- 2 「実施研修課程」には、当該機関が実施する研修課程の番号(1～3)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に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)
- 3 既に一度登録を受けた登録研修機関が、別の研修課程について登録を受ける場合には、追加となる研修課程の番号(1～3)を「実地研修課程」欄に追記してください。

受付番号

年 月 日

佐賀県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録研修機関 登録更新申請書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める登録研修機関の登録について、登録された内容を更新するため、同法附則第9条の規定に基づき申請します。

申請者	登録研修機関登録番号						登録年月日	年	月	日	
	フリガナ										
	事業所名称										
	事業所所在地	(郵便番号 -)									
		都道					市区				
		府県					町村				
	(ビルの名称等)										
	電話番号						個人・法人の種別				
	代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ				職名					
		氏名				生年月日	年	月	日		
喀痰吸引等研修の課程						研修開始年月日			研修受講予定人数		
	1. 喀痰吸引及び経管栄養のすべて：省令別表第一号研修（不特定多数の者対象）					年 月 日					
	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）					年 月 日					
	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）					年 月 日					

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「登録研修機関登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
- 3 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。
- 4 「喀痰吸引等研修の課程」欄は既に登録を受けている課程には「◎」を、新たに登録を受ける課程は「○」を、それぞれ記載してください。
- 5 「研修開始年月日」欄は、該当する課程ごとに研修の開始年月日（新たに登録を受けるものにあたってはその予定時期）を記載してください。
- 6 「研修受講予定人数」欄は、一回の募集で受け付ける受講者の予定最大人数を記載してください。
- 7 以下の添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 1 講師の一覧
- 2 講師の氏名及び履歴
- 3 研修に必要な施設、備品一覧、図書目録
- 4 業務規程
- 5 実地研修の一部を委託する場合には、当該研修機関に関する資料

(様式 1 4 - 2)

受付番号

年 月 日

佐賀県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録研修機関 変更登録届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める登録研修機関の登録について、登録された内容を変更するため、同法附則第11条の規定に基づき届け出ます。

登録研修機関登録番号														
申請者	フリガナ													
	事業所名称													
	事業所所在地	(郵便番号 -)		都 道		市 区								
		府 県		町 村										
	(ビルの名称等)													
	電話番号													
変更が発生する事項					変更内容の概要									
1. 設置者に係る事項					(変更前)									
	①代表者氏名													
	②代表者の住所													
	③事業所の名称													
	④事業所の所在地													
	⑤法人の寄附行為又は定款													
2. 登録研修機関の登録に係る事項										(変更後)				
	①講師													
	②講習カリキュラム													
	③講習で使用する施設													
	④実地研修実施施設・設備													
	⑤実地研修実施施設責任者													
変 更 年 月 日					年 月 日									

- 備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「登録研修機関登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
 - 変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。
 - 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連する資料の名称を記載してください。
 - 変更内容が分かる書類を添付してください。

(様式15)

受付番号

年 月 日

佐賀県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録研修機関 業務規程変更届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める登録研修機関の登録について、業務規程の内容を変更するため、同法附則第12条の規定に基づき届け出ます。

登録研修機関登録番号								
申請者	フリガナ							
	事業所名称							
	事業所所在地	(郵便番号	-)	都 道	市 区	府 県	町 村
		(ビルの名称等)						
電話番号								
変更内容の概要								
(変更前)								
(変更後)								
変 更 年 月 日					年 月 日			

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「登録研修機関登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
 - 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連するページ数を記載してください。
 - 改定後の業務規程を添付してください。

(様式16)

受付番号

年 月 日

佐賀県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録研修機関 休廃止届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める喀痰吸引等研修について、次のとおり休止、または廃止したいので届け出ます。

登録研修機関登録番号									
申請者	フリガナ								
	事業所名称								
	事業所所在地	(郵便番号		-)	都 道			市 区
		府 県					町 村		
		(ビルの名称等)							
	電話番号								
登録を受けた年月日									
登録を辞退する業務	廃止・休止	喀痰吸引及び経管栄養のすべて：省令別表第一号研修（不特定多数の者対象）							
	廃止・休止	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）							
	廃止・休止	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）							
廃止予定年月日、	年		月	日					
休止予定期間	年		月	日	～	年		月	日
廃止・休止する理由									

備考1 登録を休廃止する日の一月前までに届け出て下さい。

2 「受付番号」欄には記載しないでください。

3 「登録研修機関登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

佐賀県知事 殿

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書

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 条に定める認定特定行為業務従事者（経過措置）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。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名（該当するものがある場合）			
	研修機関所在地（該当するものがある場合）	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
		(ビルの名称等)		
		認定を受けようとする特定行為	研修修了年月日/修了書番号 (該当するものがある場合)	
		1. 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	年 月 日/		
	※2 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）	年 月 日/		
	5. 経鼻経管栄養	年 月 日/		

備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。

2 「認定を受けようとする特定行為」については該当する特定行為に「○」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、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。

※2 「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」（平成 22 年 4 月 1 日厚生労働省医政局長通知）に基づく経管栄養の申請については、「胃ろう」に限るため、「※2 胃ろうによる経管栄養」欄に記載してください。

3 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 住民票（写）
- 申請者が法附則第 4 条の第 3 号各号に該当しないことを誓約する書面
- 喀痰吸引等に関する研修修了証明証（該当するものがある場合）及び、修了した研修内容、研修時間を示す資料
- 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）
- 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②（第三者証明書）
- 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③（実施状況確認書）

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

年 月 日

佐賀県知事 殿

申請者 住所 _____
電話 () _____
フリガナ
氏名 (自署) _____
生年月日 _____
所属 _____

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。

	通知名又は事業名（# 1）	実施可能な行為の範囲（# 2）
<input type="checkbox"/>	①ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成 15 年 7 月 17 日医政発第 0717001 号 厚生労働省医政局長通知）	<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"/>	②盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成 16 年 10 月 20 日医政発第 1020008 号 厚生労働省医政局長通知）	<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"/> 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"/>	③在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて（平成 17 年 3 月 24 日医政発第 0324006 号 厚生労働省医政局長通知）	<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"/>	④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（平成 22 年 4 月 1 日医政発 0401 第 17 号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 (チューブ接続及び注入開始を除く)
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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 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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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

（# 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。

* （# 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
		<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。)

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②

第三者証明書

年 月 日

佐賀県知事 殿

証明者 住所 _____

フリガナ
氏名（自署） _____

申請者との関係 _____

申請者 フリガナ
氏名 _____

所属 _____

私は、下記について事実であることを証明します。

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）

申請者〇〇〇〇は、現在、介護の業務に従事しており、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為（# 1）を以下の通知又は事業（# 2）に基づき実施しています。（※）

※ 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「✓」をつけてください。

（# 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）
- 鼻腔内の喀痰吸引
- 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
- 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
- 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）
- 経鼻経管栄養

（# 2）

- ① A L S（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成 15 年 7 月 17 日医政発第 0717001 号 厚生労働省医政局長通知）
- ② 盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成 16 年 10 月 20 日医政発第 1020008 号 厚生労働省医政局長通知）
- ③ 在宅における A L S 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて（平成 17 年 3 月 24 日医政発第 0324006 号 厚生労働省医政局長通知）

- ④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(平成22年4月1日医政発0401第17号 厚生労働省医政局長通知)
- 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」)
- 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)
- 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)
- 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)

(#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。

* (#2)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、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	行 為 名
	<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加えること。)

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置対象者）交付申請書添付書類③

実施状況確認書

年 月 日

佐賀県知事 殿

申請者 住所 _____

電話 () _____

氏名 _____

生年月日 _____

所属 _____

(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)

以下の項目のうち確認済みのものについて、「✓」をつけてください。

- 喀痰吸引及び経管栄養の実施は医行為であることを理解している。
- 喀痰吸引等を行うには、医師の指示及び看護職員との連携の下行う必要があることを理解している。
- 清潔の概念を理解している。
- 正しい手洗いができる。
- 急変状態（意識状態、呼吸、脈拍、痛み、苦痛など）を見逃さず、看護師への報告等、適切に対処できる。
- 喀痰吸引に使用する器具を適切に取扱うことができる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引が適切に実施できる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引を行う場合の危険性を理解している。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養に使用する器具の取扱いができる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養が適切に実施できる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養を行う場合の危険性を理解している。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）

(様式18-1)

(表面)

認定特定行為業務従事者認定証
(経過措置・不特定多数の者対象)

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

特定行為種別

上記の者は、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（平成23年法律第72号）附則第14条に定める認定特定行為業務従事者（経過措置対象者）であることを証明する。

年 月 日

佐賀県知事



(裏面)

(注意)

- 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。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

(様式18-2)

(表面)

認定特定行為業務従事者認定証
(経過措置・特定の者対象)

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

特定行為種別

_____氏に対する_____の行為
に限る。

上記の者は、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（平成23年法律第72号）附則第14条に定める認定特定行為業務従事者（経過措置対象者）であることを証明する。

年 月 日

佐賀県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 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、登録名簿の移転等によって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。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。