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 第三者証明書

年 月 日

長 野 県 知 事 様

【経過措置対象者】

- ・特別養護老人ホームの場合は、研修 を行った施設長
- ・在宅の場合は、その対象者の主治医
- ・特別支援学校の場合は、学校長 が証明したものとしてください。

刊者 住 所 380-8570

長野県長野市××町○丁目○番地

ふりがな 氏名

松本 花子

申請者との関係 所属施設の長

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)
(月暖り ころの産金畑にのための月暖体陜仏寺の 即を以正りる仏伴的則第14 未関係)
申請者 氏 名 長野 太郎
所属 長野県特別養護老人ホーム
別、腐・大力が行列を変えべい。
申請者は、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為を以下の通知又は事業に基づき実施しています。また、
□ 現在、喀痰吸引等の行為を実施しています。
□ 過去に喀痰吸引等の行為を実施していましたが、現在、一時離職中です。
(離職中の理由:
□ 過去に通知等に基づく研修は修了しましたが、現在、喀痰吸引等の行為を実施していません。
* 以下の該当する行為に「✔」をつけてください。
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
□ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) ■ ■ 胃ろうによる経管栄養
□ 鼻腔内の喀痰吸引 (チューブの接続及び注入開始を除く)
□ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者) □ 経鼻経管栄養
□ 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)
下記の①~③、⑥に該当する場合は、対象者名を記載してください。
対象者氏名
* 以下の該当する通知又は事業名に「 √ 」をつけてください。
□ ① ALS (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 介護職員によるたんの吸引等の試行事業(特定の者対象)(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」)