

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
1	春日 花子		401××××××× 平成31年2月1日	1975/1/11	1		①②③④⑤	株式会社カクタンキューイン研修	平成30年11月30日
2	小郡 次郎		401××××××× 平成31年2月1日	1980/2/22	1		①②③④⑤	株式会社カクタンキューイン研修	平成30年11月30日
3	苅田 一子		401××××××× 平成31年2月1日	1985/3/3	2		①②③④	株式会社カクタンキューイン研修	平成30年11月30日

備考 1 「番号」欄には、各事業者における任意の番号を記入してください。

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」欄に記入してください。

3 「修了研修課程」欄には、当該者が修了した研修課程等の番号(1~5)を記入してください。

1) 喀痰吸引及び経管栄養のすべて: 省令別表第1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2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3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 「修了研修課程」欄において「3」を選択した場合は、「対象者氏名(特定の者)」欄に、対象者の氏名を記入してください。(「4」を選択した者で、対象者が限定される場合においても、同様に記入してください。)

5 「修了した実地研修の種類」欄には、実地研修の種類を次の中から選択し、番号を記入してください。

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、その旨を併せて記入してください。

※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者については、その旨を記入してください。

6 「修了年月日」欄には、実地研修を修了した年月日を記入してください。

添付書類 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の写し、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、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