（様式1-2）

# 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 | 本籍 | 住所 | 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 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

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）喀痰吸引及び経管栄養の一部：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。

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　④-1胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形のみ）　④-2胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形を含む。）　⑤経鼻経管栄養

⑥口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）

⑦鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）

⑧気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）

※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、修了した項目を⑥～⑧から選択して記載してください。

※2. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養については修了したものについて記載してください。

※3. 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 「実地研修実施機関名称」には研修修了証明書の発行元を記載してください。（介護福祉士が自施設等で実地研修を修了した場合は、登録喀痰吸引等事業者（施設名）となります。）

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。