

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 の種別	実地研修実施機関名称	修了年月日	備考（兼務先等）
1	福井 三郎	23年度に県が実施した研修を受講し、認定を受けた人	182210000 平成24年4月1日	昭和45年1月3日	④		①、②、④	福井県	平成24年3月30日	福井苑ショートステイ
2	敦賀 太郎	厚労省医政局長通知に基づき特別養護老人ホームにおいて研修を受け、認定を受けた人	182219999 平成24年4月1日	昭和32年10月10日	④		①、④（胃）			
3	越前 一子	登録研修機関が実施した研修（第一号）を受講し、認定を受けた人	182210011 平成25年1月10日	昭和45年10月3日	①		①、②、③、④、⑤	〇〇研修機関	平成24年12月18日	福井苑ショートステイ
4	越前 二子	登録研修機関が実施した研修（第二号）を受講し、認定を受けた人	182210012 平成25年1月10日	昭和48年10月3日	②		①、②、④	〇〇研修機関	平成24年12月18日	福井苑ショートステイ
5	小浜 花子	厚労省医政局長通知に基づき在宅療養患者について研修を受け、認定を受けた人	182219998 平成24年4月1日	昭和29年3月10日	④	大野 四郎	①（人）			
6	小浜 花子		182219997 平成24年4月1日	昭和29年3月10日	④	勝山 五郎	①			
7	小浜 花子	登録研修機関が実施した研修（第三号）を受講し、認定を受けた人	182219100 平成25年1月10日	昭和39年5月10日	③	大野 四郎	①（人）	〇〇研修機関	平成24年12月18日	
8	小浜 花子		182219101 平成25年1月10日	昭和39年5月10日	③	勝山 五郎	①	〇〇研修機関	平成24年12月18日	
9										

- 備考 1 行が不足する場合は、適宜追加してください。
- 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、保有資格名およ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を以下から選択し、番号を記載してください。
- ①喀痰吸引および経管栄養の全て：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または鼻腔において行われる喀痰吸引および胃ろうまた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 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、実地研修を修了した者については、上記番号に加えて「（人）」と記載してください。
- ※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上記番号に加えて「（胃）」と記載してください。
- 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。
- 7 兼務する事業所等がある場合は、兼務先名を記載してください。