

厚生労働大臣指定研修課程修了付記申請書

※ この申請書の提出が必要な方

下記ア～ウのいずれかに該当する方で、「実地研修を修了した喀痰吸引等行為」の届け出をする場合に限り提出してください（届出要件は5～6ページ参照）。

ア 第28回（平成28年3月）までの試験合格者であって、実地研修を修了した方。

イ 平成29年3月31日までの介護福祉士養成施設卒業者であって、実地研修を修了した方。

ウ 平成29年4月1日から令和9年3月31日までの介護福祉士養成施設卒業者で、経過措置による介護福祉士登録を受けた方であって、実地研修を修了した方。

● 提出する際は、「実地研修修了を証する書類」も必要です。

私は、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附則第13条第3項（同条第11項において準用する場合を含む。）の規定に基づき厚生労働大臣が指定する研修を修了したので、申請します。

令和 年 月 日

公益財団法人社会福祉振興・試験センター理事長 様

（フリガナ）

氏 名： _____

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日生

固定電話： _____ - _____ - _____

携帯電話： _____ - _____ - _____

【留意事項】

- 1 日付には、この申請書を記入した年月日を記入してください。
- 2 「氏名」には、必ずフリガナも記入してください。
- 3 「生年月日」には、該当する元号に○を記入してください。
- 4 厚生労働大臣指定研修課程修了とは、都道府県の喀痰吸引等研修修了（第1号研修又は第2号研修に限る。）、又は養成課程の医療的ケア修了を指します。
- 5 **基本研修の修了だけでは申請できません。**