令和　　年　　月　　日

理由書

|  |  |
| --- | --- |
| 登録特定行為事業者名： |  |
| 職名・代表者名： | 　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号： |  |
| FAX番号：  |  |
| E-mail ： |  |
|  担当者名： |  |

１　認定特定行為業務従事者の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者 | 特定行為の種類 | 認定特定行為業務従事者 |
|  | 喀痰吸引 | 経管栄養 |
|  | 口腔 | 鼻腔 | 気管 | 胃・腸ろう | 経鼻 |
| 受講前の状況 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 受講後の状況 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　「利用者」が複数いる場合，「利用者」ごとに別途作成ください。

※　「特定行為の種類」欄は，該当する行為に「○」を御記入ください。

※　「受講前の状況」の「認定特定行為業務従事者」欄については，既存の従事者の氏名を御記入ください（退職，他部署への異動ではなく，一時的に担当替えとなっている従事者の氏名も御記入ください。）。

※　「受講後の状況」の「認定特定行為業務従事者」欄については，既存の従事者と今回受講申込をする者，全員の氏名を御記入ください。

※　行が不足する場合は追加してください。

２　利用者１人当たり４人を超えて受講する必要性

|  |
| --- |
|  |

※　関係資料があれば添付してください。