

(様式 3 - 2)

受付番号

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地
同 名 称
代表者 職 氏名

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）変更登録届出書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者において社会福祉士及び介護福祉士法附則第27条に定める特定行為業務）について、登録を受けた内容を変更するため、同法第48条の6の規定に基づき届け出ます。

登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）
申請者
フリガナ
名称
主たる事務所の所在地
代表者の氏名・職名・生年月日
事業所名称
事業所所在地
介護保険サービスの種類
電話番号/FAX番号
メールアドレス(PC)
変更が発生する事項
変更内容の概要

備考1 「受付番号」の欄には記載しないでください。

- 2 「登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
- 3 変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。
- 4 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連する資料の名称を記載してください。
- 5 変更内容が分かる書類を添付してください（名簿の変更においては、介護福祉士であれば登録証の写し、認定特定行為業務従事者であれば認定証の写し、看護師であれば免許証の写しを合わせて提出してください）。