事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　サービスの種類

●介護職員等の喀痰吸引等に係る登録制度に係る質問票

担当者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　- -

メールアドレス

|  |
| --- |
| １　質問の区分　　※次のいずれかに○  　（１）認定特定行為業務従事者に係る者  　（２）登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）に係るもの  　（３）登録研修機関に係るもの |
| ※介護職員等の喀痰吸引等に係る登録制度に係る関係法令等（厚生労働省令第126号、社援発1111第１号通知及び厚生労働省Q&A等）の確認の有無について○を付してください。  　（１）確認済み（確認したが、該当する関係法令等がなかった場合も含む）  　　　　⇒下記に質問内容を記載してください。（該当する関係法令がある場合は、出典元も併せて記載してください。）  （２）確認していない　⇒関係法令等を確認してから質問をお願いします。 |
| ２　質問内容（質問が複数ある場合、質問ごとに番号を振ってください。ただし、上記区分が異なる場合は、別葉に作成してください。） |
|  |
| ※事業所記載不要欄 |

本ワードファイルに記入の上、メールに添付して送信してください。

送信先　山形県健康福祉部高齢者支援課介護指導担当 　[ykorei@pref.yamagata.jp](mailto:ykorei@pref.yamagata.jp)

※障がい福祉課所管のもの（特定の者・３号研修関係）に関しては、障がい福祉課に　　お問合せください。

　障がい福祉課事業指導・医療的ケア児支援担当　電話　023-630-2148