

●介護職員等の喀痰吸引等に係る登録制度に係る質問票

事業所名 _____ サービスの種類 _____

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

※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