

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）追加登録申請書

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は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、実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為を追加したいため、以下の通り申請します。

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		(郵便番号 -)							
			都 道		市 区					
			府 県		町 村					
		(ビルの名称等)								
代表者の氏名・		フリガナ			生年月日		年 月 日			
職名・生年月日		氏名			職名					
喀痰吸引等 特定行為 を実施する事業所	フリガナ						フリガナ			
	事業所名称						事業所の代表者名			
	事業所所在地		(郵便番号 -)							
			山形県		郡市					
			(ビルの名称等)							
	介護保険サービスの種類									
	障害福祉サービスの種類									
電話番号/FAX番号		/								
メールアドレス(PC)										
実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為				追加登録申請をする行為の事業開始予定年月日			既に登録を受けている行為の登録年月日			
1. 口腔内の喀痰吸引				年 月 日			年 月 日			
※1 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）				年 月 日			年 月 日			
2. 鼻腔内の喀痰吸引				年 月 日			年 月 日			
※1 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）				年 月 日			年 月 日			
3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引				年 月 日			年 月 日			
※1 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）				年 月 日			年 月 日			
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形栄養剤を除く）				年 月 日			年 月 日			
※2 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形栄養剤を含む）				年 月 日			年 月 日			
※3 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く）				年 月 日			年 月 日			
5. 経鼻経管栄養				年 月 日			年 月 日			
介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名				(様式1-2)						

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 「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は既に登録を受けている行為には「◎」を、新たに登録を受ける行為は「○」を、それぞれ左側の空欄に記載してください。
- 4 「追加登録申請をする行為の事業開始予定年月日」欄は、該当する行為毎に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 5 「既に登録を受けている行為の登録年月日」欄は、社会福祉士及び介護福祉士法（以下「法」という。）による登録事業者として登録された年月日を記載してください。
- 6 下記の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 1 法第48条の5第1項各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（様式1-4）（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第26条の2第4項関係）
- 2 その他（※1に記載されている場合は省略可。）
 - ・喀痰吸引等業務の実施に係る備品一覧
 - ・緊急時の体制に関する資料
 - ・記録等の整備状況に関する資料
 - ・介護福祉士への実地研修の実施に関わる資料（登録喀痰吸引等事業者のみ）