

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）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）について事業者の登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在地市町村番号			
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)			
	電話番号/FAX 番号	/		個人・法人の種別	
代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ 氏名	生年月日 職名	年 月 日		
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	
	事業所の名称			事業所の代表者名	
	事業所等の所在地	(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		事業開始予定年月日		
	1. 口腔内の喀痰吸引			年 月 日	
※1 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）			年 月 日		
2. 鼻腔内の喀痰吸引			年 月 日		
※1 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）			年 月 日		
3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引			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		
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		
※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		
※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		
5. 経鼻経管栄養			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」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

- 2 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。
- 3 「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は該当する行為毎に「○」を記載してください。
- 4 「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 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 設置者に関する書類

(1) 設置者が法人である場合

法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（以下「省令」という。）第26条の2第1項関係）

(2) 申請者が個人である場合

住民票の写し（省令第26条の2第2項関係）

2 社会福祉士及び介護福祉士法（以下「法」という。）第48条の4各号に該当しないことを誓約する書面（様式1-3）（省令第26条の2第3項関係）

3 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）（省令第26条の2第4項関係）

4 喀痰吸引等の業務に従事する介護福祉士においては介護福祉士登録証の写し（実施可能な行為が付記されたものに限る）、認定特定行為業務従事者については認定特定行為業務従事者認定証の写し、また看護師等の資格をもって喀痰吸引等業務を行う者については免許証の写し