

受付番号

年 月 日

鹿児島県知事 殿

主たる事業所の  
所在地  
申請者  
代表者名

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は社会福祉士及び介護福祉士法附則第20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								
	事業所名称								
	事業所所在地	(郵便番号	-	)					
		都道		市区					
		府県		町村					
		(ビルの名称等)							
	電話番号								

変更が発生する（変更があった）事項・内容	
1. 事業所設置者に係る事項	(変更前)
①氏名又は名称	
②住所	
③代表者の氏名（法人の場合）	(変更後)
2. 事業所に係る事項	
①名称	
②所在地	変更年月日： 年 月 日
3. 喀痰吸引等業務（特定行為業務）開始の予定年月日に係る事項	
実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為	
口腔内の喀痰吸引	
鼻腔内の喀痰吸引	
気管カニューレ内の喀痰吸引	
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
経鼻経管栄養	
4. 痰吸引等（特定行為）を行う介護福祉士（認定特定行為業務従事者）の氏名	(変更前)
	(変更後)
	変更年月日： 年 月 日

- 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 事項1・事項2については、変更が発生する項目に「○」を記載し、変更内容を右欄に記載してください。
- 4 事項3については、「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」のうち、既に登録を受けている行為には「◎」を、新たに開始する行為には「○」を記載し、それぞれの業務開始年月日（新たに開始する行為については予定年月日）を右欄に記載してください。
- 5 事項4については、変更前+後の名簿を右欄に記載するか、別紙として添付してください。
- 6 変更内容を確認できる書類を添付してください（事項3については、新たに開始する行為に関する「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録適合書類（様式1-4）」を、事項4については、介護福祉士であれば登録証、認定特定行為業務従事者であれば認定証、看護師であれば免許証の写しを添付してください。）。