

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）登録更新申請書

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20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、以下のとおり申請します。

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									
	事業所名称									
	事業所所在地	(郵便番号 -)		都 道		市 区				
				府 県		町 村				
電話番号	(ビルの名称等)									
事業所の種類										
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			
	2. 鼻腔内の喀痰吸引				年	月	日			
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引				年	月	日			
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養				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					(第1号様式の2)					

- 備考1 「受付番号」の欄には記載しないでください。
- 「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。
 - 「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。
 - 「事業開始（予定）年月日」欄は、該当する行為毎に事業の開始年月日（新たに登録を受けるものにあたってはその予定時期）を記載してください。
 - 用紙の大きさは、日本工業規格A列4としてください。
 - 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 法第48条の5第1号各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（省令第26条の2第4項関係）
- 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
 - ・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）

