

(様式 1 - 1)

受付番号

年 月 日

愛媛県 地方局長 様

所 在 地
申 請 者 (法人名)
代 表 者 名

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号。以下「法」という。）第 48 条の 3 第 1 項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者にあつては、法附則第 27 条第 1 項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				
登 録 事 業 所	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				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	年 月 日			
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		(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」「一般社団法人」「一般財団法人」「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」欄は該当する行為ごとに「○」を記載してください。
- 4 「事業開始予定年月日」欄は、該当する行為ごとに事業の開始予定年月日を記載してください。
- 5 以下の添付資料を併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（昭和 62 年厚生省令第 49 号。以下「省令」という。）第 26 条の 2 第 1 項第 1 号関係）
 - (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 1 項第 2 号関係）
※住民票添付の際は、マイナンバー（個人番号）の記載のないものをお願いします。
- 2 介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿（様式 1-2）
- 3 社会福祉士及び介護福祉士法第 48 条の 4 各号に該当しないことを誓約する書面（省令第 26 条の 2 第 1 項第 3 号関係。様式 1-3）
- 4 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（省令第 26 条の 2 第 1 項第 4 号関係。様式 1-4）
- 5 喀痰吸引等の業務に従事する介護福祉士にあつては介護福祉士登録証、認定特定行為業務従事者にあつては認定特定行為業務従事者認定証の写し、看護師等の資格をもって喀痰吸引等業務を行う者にあつては免許証の写し