

様式第1号-1 (第2条関係)

令和4年1月20日

福岡県知事 殿

主たる事業所の

所在地 福岡市博多区東公園7-7

申請者 社会福祉法人〇〇〇〇

代表者名 理事長 〇〇 〇〇 ㊟

申請者が法人である場合は、記名押印してください。  
申請者が個人である場合は、署名又は記名押印してください。

どちらの申請であるかわかるよう、  
該当しない部分を二重線で消してください。

~~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項に規定する喀痰吸引等業務（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条第1項に規定する特定行為業務）について、事業者の登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

実施事業所	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホームフクオカケンチョウ			
	名称	特別養護老人ホーム福岡県庁			
	所在地	(郵便番号 812-8577 ) 都 道 市 区 福岡 府 県 福岡 町 村 博多区東公園7-7 (建物の名称等)			
	電話番号	092-1234-5678			
	代表者の氏名・ 職名・生年月日	フリガナ 氏 名	フクオカ タロウ 福岡 太郎	職 名 生年月日	施設長 昭和 ××年 ××月 ××日
実施する喀痰吸引等業務（特定行為業務）			業務の開始予定年月日		
○	1	口腔内の喀痰吸引	令和4年 4月 1日		
○	2	鼻腔内の喀痰吸引	令和4年 4月 1日		
○	3	気管カニューレ内部の喀痰吸引	令和4年 4月 1日		
○	4	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	令和4年 4月 1日		
	5	経鼻経管栄養	年 月 日		
介護福祉士又は認定特定行為業務従事者の氏名			(様式第1号-2)		

備考

- 「実施する喀痰吸引等業務（特定行為業務）」欄には、実施する業務の左側の空欄に○を記入してください。
- 「業務の開始予定年月日」欄には、実施する業務ごとに業務の開始予定年月日を記入してください。
- 次の添付書類を併せて提出してください。

添付書類

- 申請者に関する書類
  - 申請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
  - 申請者が個人である場合  
住民票の写し
- 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（様式第1号-3）
- 法第48条の5第1項各号に掲げる要件のすべてに適合することを証する書類（様式第1号-4）