

様式1号-5 (第2条関係)

平成31年 4月25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** ㊟

~~登録喀痰吸引等事業者~~ (登録特定行為事業者) 追加登録申請書

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20条第1項に規定する特定行為業務）について、実施する喀痰吸引等業務（特定行為業務）を追加したいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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）		4	0	1	2	3	4	5	6	7
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ャウ								
	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 市 区 博多区東公園△△-△-△ (建物の名称等)								
	電話番号	092-1234-5678								
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					
<input checked="" type="radio"/>	1	口腔内の喀痰吸引	平成31年 4月 1日							
<input checked="" type="radio"/>	2	鼻腔内の喀痰吸引	平成31年 4月 1日							
<input checked="" type="radio"/>	3	気管カニューレ内部の喀痰吸引	平成31年 4月 1日							
<input checked="" type="radio"/>	4	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	平成31年 4月 1日							
<input type="radio"/>	5	経鼻経管栄養	平成31年 8月 1日							
介護福祉士又は認定特定行為業務従事者氏名					(様式第1号-2)					

備考

- 「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）」欄には、登録時に割り当てられた登録番号を記入してください。
- 「実施する喀痰吸引等業務（特定行為業務）」欄には、既に登録を受けている業務には○を、新たに登録を受ける業務には○を、それぞれ左側の空欄に記入してください。
- 「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年月日（新たに登録を受けるものについては開始予定年月日）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

- 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）
- その他該当する書類