（様式６－１）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　　年　　月　　日

　　　青森県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（法人等）

所　　在　　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（法人名等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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２７条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 | |  |
| 登録申請する  事業所 | フリガナ |  | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | |
| 事業所  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | |
| 電話番号 |  | | ※介護サービスの種類 | | |  | |
| 申請者 | 個人・法人の種別 | |  | | 電話番号 | |  | |
| 代表者の  氏名、職名、  生年月日 | フリガナ |  | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 氏名 |  | | 職名 | |  | |
| 実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為  （該当するものに○印） | | | | | 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名簿 | | | | | （ 様式６－２のとおり） | | | |

備考１　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄は記載不要です。

　　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、該当する行為毎に事業の開始予定年月日を記載してください。

　　５　以下の添付資料をあわ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（省令第２６条の２第１項第１号関係）

ア）法人の定款 か 寄附行為

イ）登記事項証明書（原本）

② 申請者が個人である場合

住民票の写し（原本）（省令第２６条の２第１項第２号関係）

（２）社会福祉士及び介護福祉士法第４８条の４各号の規定に該当しない旨の誓約書

（省令第２６条の２第１項第３号関係）（様式６－３）

（３）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

（省令第２６条の２第１項第４号関係）（様式６－４）

（４）　資格証等

① 喀痰吸引等の業務に従事する介護福祉士においては、介護福祉士登録証の写し

② 認定特定行為業務従事者については、認定特定行為業務従事者認定証の写し

③ 看護師等の資格をもって喀痰吸引等業務を行う者については、免許証の写し

　※ 備考６「介護サービスの種類」欄には、各事業所のサービス種別を記載してください。

　　（登録は、事業所・施設（サービス）ごとに必要ですので、御注意ください。）

　　　【記載例】

・通所介護

　　　　・訪問介護

　　　　・介護老人福祉施設

　　　　・介護老人保健施設

　　　　・短期入所生活介護（ショートスティ）

　　　　・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

　　　　・住宅型有料老人ホーム

　　　　・小規模多機能型居宅介護

　　　　・通所リハビリテーション　　　など