（別記様式３－１）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

　熊本県知事　様

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同法附則第２７条に規定する特定行為業務）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 | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| 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」の欄には記載しないでください。

　　２　「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。

　　３　「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。

　　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。

　　５　以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

１　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（別記様式１－４）（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第２６条の２第１項第４号関係）

２　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する資料（登録喀痰吸引等事業者のみ）