

(様式 3)

受付番号

〇年〇月〇日

石川県知事 様

主たる事業所の

所在地 石川県金沢市鞍月町目〇番地

申請者 社会福祉法人 〇〇福祉会

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）変更登録届出書

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20条に定める特定行為業務）について、登録を受けた内容を変更するため、同法第48条の6の規定に基づき届け出ます。

登録通知に記載されている登録番号を記入

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	トクベツヨウゴロウジンホーム 〇〇																	
	事業所名称	特別養護老人ホーム 〇〇																	
	事業所所在地	(郵便番号920-〇〇〇〇) 石川 都道 金沢 市区 鞍月町目〇番地 府県 町村 (ビルの名称等)																	
	電話番号																		
変更が発生する事項										変更内容の概要									
1. 設置者に係る事項										(変更前)									
	①	代表者氏名																	
	②	代表者の住所																	
	③	事業所の名称																	
	④	事業所の所在地																	
	⑤	法人の寄附行為又は定款																	
2. 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の登録に係る事項										(変更後)									
	①	業務方法書								認定特定業務従事者の追加 (様式1-2) 認定特定行為業務従事者 名簿									
○	②	喀痰吸引等を行う介護福祉士・認定特定行為業務従事者の名簿																	
		喀痰吸引等の実施に係る備品一覧																	
		研修責任者の氏名																	
変更が発生する箇所全てに記入										〇年〇月〇日									

- 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 変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。
- 4 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連する資料の名称を記載してください。
- 5 変更内容が分かる書類を添付してください（名簿の変更においては、介護福祉士であれば登録証、認定特定行為業務従事者であれば認定証、看護師であれば免許証の写しを合わせて提出してください）。