

(別添様式1)

障第 号
年 月 日

申請者(事業所等の代表者) 様

岐阜県知事

登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)の登録(新規・更新・変更)について(通知)

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、登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)の登録(更新・変更)をしましたので通知します。

登録 喀痰吸引等 事業者等 登録の 内容	登録番号		
	登録年月日	年 月 日	
	事業者区分	登録喀痰吸引等事業者 ・ 登録特定行為事業者	
	名称	法人名	
		事業所等名	
		代表者職氏名	
		事業所等の所在地	
		電話番号(- -)	
	喀痰吸引等業務実施行為	① 口腔内の喀痰吸引	
		② 鼻腔内の喀痰吸引	
		③気管カニューレ内部の喀痰吸引	
		④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
		⑤ 経鼻経管栄養	
喀痰吸引等業務開始(予定)年月日	年 月 日		
喀痰吸引等業務登録更新(変更)年月日	年 月 日		
更新(変更)した事由			

(別添様式2)

障第 号
年 月 日

申請者(事業所等の代表者) 様

岐阜県知事

登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)の登録の取消し(業務の停止)について(通知)

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、登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)の登録を取消し(業務の停止)をいたしましたので通知します。

登録喀痰吸引等事業者登録取消・業務停止の内容	登録番号		
	事業者区分	登録喀痰吸引等事業者 ・ 登録特定行為事業者	
	名称	法人名	
		事業所等名	
		代表者職氏名	
		事業所等の所在地	
		電話番号(- -)	
	喀痰吸引等登録取消(業務停止)の実施行為	① 口腔内の喀痰吸引	
		② 鼻腔内の喀痰吸引	
		③ 気管カニューレ内部の喀痰吸引	
④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養			
⑤ 経鼻経管栄養			
喀痰吸引等登録取消(業務停止)年月日	年 月 日		
喀痰吸引等業務停止期間(業務停止のみ)	年 月 日 ~ 年 月 日		
喀痰吸引等登録取消(業務停止)事由			

(登録研修機関登録番号) ー第 号

研修修了証明書

氏 名
生年月日 (年号) 年 月 日

あなたは、岐阜県の登録を受けて〇〇(登録研修機関)が開催した、
平成 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業
において、〇〇(利用者)氏に対して〇〇(実地研修で行った医行為
の種類)を実施するための研修の全過程を修了したことを証します。

年 月 日

(登録研修機関の名称)
代表者名

印

(別添様式4)

障第 号
年 月 日

申請者(登録研修機関の代表者) 様

岐阜県知事

喀痰吸引等登録研修機関(特定の者対象)の登録(新規・更新・変更)について(通知)

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める登録研修機関に登録(更新・変更)をしましたので通知します。

喀痰吸引等登録研修機関登録内容	登録番号		
	登録年月日	年 月 日	
	名称	法人名	
		事業所等名	
		代表者職氏名	
		事業所等の所在地	
		電話番号(- -)	
	喀痰吸引等研修の課程	省令別表第三号研修(特定の者対象)	
	喀痰吸引等研修業務開始(予定)年月日	年 月 日	
	喀痰吸引等研修業務登録更新(変更)年月日	年 月 日	
更新(変更)した事由			

(別添様式5)

障第 号
年 月 日

申請者(登録研修機関の代表者) 様

岐阜県知事

喀痰吸引等登録研修機関(特定の者対象)の登録の取消し(業務の停止)について(通知)

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める喀痰吸引等登録研修機関の登録を取消し(業務の停止)をしましたので通知します。

喀痰吸引等登録研修機関登録取消・業務停止の内容	登録番号		
	登録年月日	年 月 日	
	名称	法人名	
		事業所等名	
		代表者職氏名	
		事業所等の所在地	
		電話番号(- -)	
	喀痰吸引等研修取消(停止)の課程	省令別表第三号研修(特定の者対象)	
	喀痰吸引等研修業務取消(停止)年月日	年 月 日	
	喀痰吸引等研修業務停止期間(業務停止のみ)	年 月 日~ 年 月 日	
停止する研修業務	全部 ・ 一部 (一部の場合の停止業務)		
喀痰吸引等研修業務取消(停止)事由			