（様式１－１）

　　　　　年　　月　　日

岐阜県知事　様

主たる事業所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

**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附則第10条第１項に定める特定行為の業務について、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 |  |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 事業所名称（法人名） | （法人名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  | 個人・法人の種別 |  |
| e-mail |  |
| 代表者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 職名 |  |
| 実施する特定行為 | 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（人工呼吸器装着者を　含む・含まない）　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養　（胃ろう又は腸ろう・胃ろうのみ） | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ５．経鼻経管栄養　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 認定特定行為業務従事者等氏名 | （様式１－２参照） |

備考

１　「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

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」、「社団法人」、「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　「実施する特定行為」欄は、該当する行為に「○」を記載してください。

４　「気管カニューレ内部の喀痰吸引」については、「人工呼吸器装着者を　含む・含まない」のいずれかを「〇」で囲

んでください。

５　「胃ろう又は腸ろうによる経管栄養」については、（　　　）内のいずれかを「〇」で囲んでください。

６　「事業開始予定年月日」欄は、該当する行為ごとに事業の開始予定年月日を記載してください。

７　 以下の添付資料を併せて提出してください。

添付書類

１　申請者に関する書類

（１）申請者が法人である場合

法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（省令附則第16条において準用する省令第26条の２第１項第１

号関係）

（２）申請者が個人である場合

住民票の写し（省令附則第16条において準用する省令第26条の２第１項第２号関係）

２　認定特定行為業務従事者等名簿（省令附則第16条において準用する省令第26条の２第２項関係)（様式１－２）

　＊　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を、看護師、介護福祉士等の資格を

もって特定行為業務を行う者については免許証の写しを添付すること。

３　法附則第27条第2項において準用する法第48条の４各号に該当しないことを誓約する書面（省令附則第16条に

おいて準用する省令第26条の２第１項第３号関係）（様式１-３）

４　法附則第27条第2項において準用する法第48条の５第１号各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類

（省令附則第16条において準用する省令第26条の２第１項第４号関係）（様式１-４）