

別記第1号様式（第2条関係）

灰色の欄は記載せず。

〇〇年〇月〇〇日

栃木県知事 様

登記事項証明書と内容が一致するように記載してください。
 ※「主たる事業所の所在地」欄は、登記の「主たる事務所の所在地」欄を転記してください。

主たる事業所の
 在 地 宇都宮市埴田1-1-20
 申 請 者 社会福祉法人 とちぎ会
 代 表 者 名 理事長 下野 国男

押印は不要です。

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20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。

灰色の欄は記載せず。

事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム トチギ		
	事業所名称	特別養護老人ホーム とちぎ		
	事業所所在地	(郵便番号320-8501) 栃木 都 道 宇都宮 市 区 1-1-20 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
	電話	施設長（管理者）名	個人・法人の種別	法人
	代表者	トチギ タロウ	生年月日	昭和XX年6月15日
	職名・生年月日	氏名	職名	施設長
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		〇〇年 10月 15日		
2. 鼻腔内の喀痰吸引		〇〇年 10月 15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		〇〇年 10月 15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」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しない。
 2 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合は「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人事業主」等の別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、実施する行為をすべて記載してください。
 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 以下の添付資料を合わせて提出してください。

「介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿」の「修了した実地研修の種別」欄に記載されている特定行為の種別のうち、貴事業所で実施予定のものについて、開始予定日を記載してください。

社団法人」「財団法人」「株式会社」を記載してください。

○注意
 記載内容を訂正する場合は、二重線で訂正してください。

(裏面省略)