

登録をうける(行為を開始する)開始予定年月日の2週間前までに提出してください。

平成24年9月14日

福井県知事 様



所在地 福井県福井市大手3丁目17-1

申請者 名称 社会福祉法人 福井福祉会



代表者氏名 理事長 福井 太郎

(法人以外にあつては、住所および氏名)

担当者名 福井 花子

(連絡先電話番号) (0776-20-0331)

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項の喀痰吸引等業務(社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条第1項の特定行為業務)を行う事業所に係る登録を受けたいので、同条第2項(同条第2項において準用する同法第48条の3第2項)の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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	シャカイフクシホウジン フクイフクシカイ							
	名称	社会福祉法人 福井福祉会							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 910 - 8580) 都 道 (市) 区 福井 府 (県) 福井 町 村 大手3丁目17-1 (ビルの名称等)							
	電話番号	0776-20-0331	個人・法人の種別	社会福祉法人					
	代表者の氏名・職名	フリガナ フクイ タロウ 氏名 福井 太郎	職名	理事長					
登録を申請する事業所	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム フクイエン							
	事業所の名称	特別養護老人ホーム 福井苑							
	事業所の所在地	(郵便番号 910-8580) 福井県 福井 郡(市) 大手3丁目17-1 (ビルの名称等)							
	電話番号	0776-20-0331		登録を受ける特定行為欄に、平成24年10月1日付で登録を受ける場合は、平成24年10月1日と記載すること					
実施するサービス名 (事業所番号)	介護老人福祉施設 (1870000000)								
実施する喀痰吸引等 (特定行為)		申請に係る行為の開始予定年月日			すでに登録を受けている行為の登録年月日				
1 口腔内の喀痰吸引		平成24年10月1日			年 月 日				
2 鼻腔内の喀痰吸引		平成24年10月1日			年 月 日				
3 気管カニューレ内部の喀痰吸引		年 月 日			年 月 日				
4 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養		平成24年10月1日			年 月 日				
5 経鼻経管栄養		年 月 日			年 月 日				
介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名		別表							

備考

- 1 保育所、学校等が登録を申請しようとする場合は、「事業所」をそれぞれ「保育所」、「学校」と読み替えてください。
- 2 申請者が個人である場合は、申請者の「名称」欄に氏名を、「主たる事務所の所在地」欄に住所を記載してください。
- 3 「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」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「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。

- 4 「実施するサービス名（事業所番号）」欄は、介護保険法または障害者自立支援法による指定を受けている場合は、そのサービスと事業所番号を記載してください。
- 5 「申請に係る行為の開始予定年月日」欄は、該当する行為ごとに行為の開始予定年月日を記載してください。
- 6 この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 設置者が法人である場合は、法人の定款または寄附行為及び登記事項証明書
 - (2) 申請者が個人である場合は、住民票の写し
 - (3) その他知事が別に定める書類